

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA DÉPRESSION POSTNATALE, UN DIAGNOSTIC SPÉCIFIQUE ?
ÉTUDE DE LA PRÉSENCE DE SYMPTÔMES DE DÉPRESSION CHEZ LES MÈRES
DANS LES CINQ ANNÉES SUIVANT L'ACCOUCHEMENT

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR
GABRIELLE NICOLE

DÉCEMBRE 2010

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire de maîtrise a été pour moi une expérience enrichissante. Enrichissante, parce que ce projet m'a beaucoup appris autant sur le plan académique que personnel. Ce mémoire n'aurait pu voir son point final sans les personnes qui m'ont entourée à un moment ou un autre du parcours.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de recherche, madame Catherine des Rivières-Pigeon. Merci Catherine de m'avoir fait confiance et de m'avoir intégrée de façon si spontanée à tes projets. Merci de ton soutien, de tes commentaires et de ta patience.

Je remercie aussi madame Lucie Gingras et monsieur Mahamane Ibrahima de l'Institut de la statistique du Québec. Les aspects méthodologiques et techniques de ce projet ont été peaufinés grâce à leur participation et leur rigueur. Les fichiers de microdonnées détaillées constituent un univers bien complexe et je n'aurais pu trouver la clé sans leur apport.

Merci à mes amours pour toutes ces « séances » de procrastination. Ce sont les plus beaux moments. Merci aussi de m'avoir laissée ventiler et, parfois, de m'avoir forcée à rédiger. Votre intérêt envers mon projet a été une grande source de motivation.

Un merci incommensurable à mes parents. Papa, Maman, merci de m'épauler dans tous mes projets. Je vous aime. Ces pages sont pour vous.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures	VII
Liste des tableaux.....	VIII
Résumé.....	IX
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1	
LA DEPRESSION POSTNATALE : UN DIAGNOSTIC SPECIFIQUE ?.....	6
1.1. L'épisode dépressif majeur	7
1.2. Les dépressions des nouvelles mères	11
1.3. Le diagnostic de dépression postnatale	13
1.3.1. Symptômes.....	14
1.3.2. Temporalité	17
1.3.3. Fréquence	19
1.4 Facteurs associés	21
1.5 Conséquences.....	26
1.6 Conclusion	29
CHAPITRE 2	
DISCOURS SUR LE ROLE DE MERE ET MEDICALISATION DE LA MATERNITE	31
2.1. Les discours sur la féminité et la maternité.....	32
2.2. La médicalisation de la maternité	37
2.2.1. Définir la médicalisation et le modèle biomédical.....	38
2.2.2. La médicalisation de l'expérience vécue par les femmes et de la maternité.....	39
2.3. Les dépressions des mères	42
2.4. Conclusion	46
CHAPITRE 3	
METHODOLOGIE.....	48
3.1. L'utilisation de données secondaires	49
3.2. Description générale de l'ÉLDEQ	50

3.2.1. L'échantillonnage et les méthodes de collecte de l'ÉLDEQ	50
3.2.2. Considérations éthiques	52
3.2.3. Traitement des données.....	52
3.2.4. Pondération	53
3.3. Utilisation des données de l'ÉLDEQ pour la réalisation de ce mémoire.....	53
3.3.1. Choix des données pour étudier la présence des symptômes de dépression après l'accouchement.....	54
3.3.2. Population et échantillon analysés	55
3.4. Questions et hypothèses de recherche.....	56
3.4.1. Questions de recherche	56
3.4.2. Hypothèses de recherche.....	57
3.5. Les mesures.....	58
3.5.1. Évaluer la présence de symptômes de dépression.....	59
3.5.2. Les variables associées à la présence de symptômes de dépression	61
3.6. Structure des analyses	68
3.6.1. Description de l'échantillon.....	68
3.6.2. Évolution de la santé psychologique des mères	69
3.6.3. Facteurs associés à la présence de symptômes de dépression.....	70
3.6.4. Modèles de régression logistique.....	71
CHAPITRE 4	
PRESENTATION DES RESULTATS.....	73
4.1. Description de l'échantillon	74
4.1.1. Portrait général de l'échantillon au premier temps (période postnatale) et comparaison avec les répondantes perdues au fil du temps.....	74
4.1.2. Évolution sociodémographique et psychosociale des répondantes au fil du temps.....	80
4.2. La présence de symptômes de dépression à travers le temps.....	83
4.3 Facteurs associés à la présence de symptômes de dépression des mères.....	86
4.3.1. Facteurs de risque psychologiques associés à la présence de symptômes de dépression.....	87
4.3.2. Facteurs de risque psychosociaux et présence de symptômes de dépression	88
4.3.3. Caractéristiques sociodémographiques associées à présence de symptômes de dépression	90

4.4. Associations entre les facteurs explicatifs de la présence de symptômes de dépression	92
4.4.1. Le niveau de scolarité et la perception du soutien du conjoint	92
4.4.2. Le nombre d'enfants dans le ménage et le soutien conjugal.....	93
4.4.3. Les sources de revenu, le revenu total et leurs relations avec le soutien conjugal ainsi que l'épuisement.....	93
4.4.4. Le bonheur dans le couple et ses relations avec le partage des tâches et l'épuisement.....	94
4.5. L'effet unique des facteurs associés à la présence de symptômes de dépression	95
4.5.1. Facteurs pouvant être à l'origine de la présence de symptômes de dépression à la période postnatale (cinq mois après l'accouchement).....	96
4.5.2. Facteurs pouvant être à l'origine de la présence de symptômes de dépression un an et demi après l'accouchement	97
4.5.3. Facteurs pouvant être à l'origine de la présence de symptômes de dépression trois ans et demi après l'accouchement	98
4.5.4. Facteurs pouvant être à l'origine de la présence de symptômes de dépression environ cinq ans après l'accouchement	99
4.5.5. Comparaison des modèles.....	100
CHAPITRE 5	
DISCUSSION	101
5.1. Interprétation des résultats	102
5.1.1. Fréquence et temporalité des symptômes dépressifs	102
5.1.2. Le contexte social comme facteur explicatif de la dépression chez les mères.....	106
5.1.3. Les dépressions des mères, un éloignement de la norme ?	109
5.1.4. Les conséquences de la présence de symptômes de dépression chez les mères.....	111
5.2. Limites et contraintes	113
CONCLUSION.....	115
BIBLIOGRAPHIE.....	118

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
3.1	L'échelle CES-D douze items	60
4.1	Évolution de la proportion de mères démontrant des symptômes de dépression	85
4.2	Proportion des « cas de dépression » en période post-partum	86

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
3.1 Échantillon à chacun des temps	56
3.2 Variables relatives à la vie conjugale	63
3.3 Variables relatives au soutien social	65
3.4 Variables relatives aux sources potentielles de stress	66
3.5 Variables sociodémographiques	67
4.1 Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon cinq mois après l'accouchement	76
4.2 Caractéristiques du contexte de vie des mères cinq mois après l'accouchement	78
4.3 Caractéristiques sociodémographiques des répondantes au fil du temps	81
4.4 Caractéristiques psychosociales des répondantes au fil du temps	82
4.5 La présence de symptômes de dépression chez les mères aux quatre temps (score du CES-D six items)	84
4.6 Facteurs de risque psychosociaux s'associant à la présence de symptômes de dépression (en %)	89
4.7 Caractéristiques sociodémographiques associées à la présence de symptômes de dépression	91
4.8 Facteurs associés à la présence de symptômes de dépression chez les mères d'enfants de cinq mois	97
4.9 Facteurs associés à la présence de symptômes de dépression chez les mères d'enfants d'un an et demi	98
4.10 Facteurs associés à la présence de symptômes de dépression chez les mères d'enfants de trois ans et demi	98
4.11 Facteurs associés à la présence de symptômes de dépression chez les mères d'enfants d'environ cinq ans	99

RESUME

L'objectif principal de cette recherche est d'étudier le caractère spécifique de la dépression postnatale dans le but de voir si ce type de dépression se distingue, par sa fréquence et les facteurs qui y sont associés, des dépressions présentes plus tard chez une mère.

Nous rapportons les résultats d'une étude longitudinale sur un échantillon de plus de 1700 mères, de cinq mois à cinq ans après l'accouchement. Cet échantillon a été tiré de l'Étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec (ÉLDEQ) menée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) entre 1998 et 2003. La présence de symptômes dépressifs a été mesurée à l'aide de l'échelle Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D).

Pour ce faire, deux voies d'analyse sont empruntées. Tout d'abord, nous avons cherché à comparer la proportion de mères présentant des symptômes de dépression à chacun des temps étudiés. Ensuite, pour chacun des temps, à l'aide d'analyses bivariées et de modèles de régression logistique, nous avons comparé les facteurs associés à la présence des symptômes dépressifs.

Les résultats démontrent qu'une proportion plus élevée de mère présente des symptômes de dépression cinq ans après l'accouchement que cinq mois après celui-ci. De plus, les facteurs associés à la présence de symptômes dépressifs sont très semblables au fil du temps.

Mots-clés : dépression postnatale, dépression, santé mentale des mères, étude longitudinale

INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est souvent qualifiée, dans le langage commun, « d'heureux événement »¹. Les joies liées à l'arrivée d'un nouveau-né sont multiples et une majorité de femmes considère la maternité comme la plus belle expérience de leur vie². Cependant, la réalité vécue par plusieurs femmes s'éloigne parfois de cette image idyllique de la nouvelle mère comblée. Certaines mères peuvent ressentir de la tristesse et de l'anxiété dans les mois qui suivent l'accouchement, soit deux des symptômes de ce qui est appelé « la dépression postnatale » depuis 1994. Il existerait donc un décalage entre le discours décrivant la maternité et ce que les mères vivent comme expérience en réalité. Ce décalage pourrait être à l'origine du caractère spécifique accordé aux dépressions qui se situent temporellement près de l'accouchement. De plus, bien que rien ne l'indique de manière formelle, la dépression « postnatale » semble « causée » par des facteurs relatifs à la grossesse et l'accouchement. Cela viendrait également ajouter au caractère spécifique donné à ces dépressions.

Toutefois, le caractère « spécifique » des dépressions postnatales est loin de faire l'unanimité. En effet, selon de nombreuses recherches scientifiques, les causes des dépressions postnatales seraient semblables à celles de toute autre dépression³. Ce qui soulève la question de la pertinence de distinguer les dépressions postnatales des autres dépressions. En d'autres termes : en quoi les dépressions de la période du post-partum se distinguent-elles des dépressions qui surviennent plus tard après l'accouchement ?

¹Nicolson, P. (2003) "Postpartum Depression : Women's Account of Loss and Change" (p.113-138) dans J.M. Stoppard and L.M. McMullen, *Situating Sadness: Women and Depression in Social Context*, New York et London : New York University Press, 228 p.

²Descarries, F. et C. Corbeil. (1998) « Articulation famille-travail : y a-t-il un sens ? », Communication présentée au 66e congrès de l'ACFAS.

³Henshaw, C.A. et Cox, J.L. (1995) "Postnatal depression", *Current obstetrics and gynaecology*, 5, p.70-74.

L'expression « dépression postnatale » est souvent utilisée, tant dans les écrits scientifiques que dans le langage courant, mais trouver une définition consensuelle et précise de ce phénomène demeure complexe. Comment décrit-on la dépression postnatale dans les écrits scientifiques ? Quels sont les facteurs qui viendraient la distinguer d'une dépression « ordinaire » (non postnatale) chez une femme ou une mère ? La santé psychologique des mères est-elle influencée par certains facteurs tout de suite après l'accouchement et par d'autres dans les années qui suivent celui-ci ? Dans le cadre de ce mémoire de maîtrise, nous aborderons ces questions relatives au caractère spécifique de la dépression postnatale comparativement aux dépressions chez les mères qui sont présentes plus tard après l'accouchement. Cette démarche vise, d'une part, à établir les ressemblances ou distinctions entre les dépressions dites postnatales et les autres dépressions des mères. Nous pourrions alors mieux comprendre si mettre l'accent sur les dépressions survenant tout de suite après l'accouchement, par la création d'un diagnostic spécifique, est justifié. D'autre part, cette démarche vise à contribuer à la réflexion plus générale sur le contexte dans lequel s'inscrit le développement d'un diagnostic spécifique pour les dépressions qui affectent les mères de très jeunes enfants.

Selon plusieurs auteurs et recherches, environ 10 % des mères présenteraient des symptômes de dépression après l'accouchement^{4, 5, 6, 7, 8}. Que se passe-t-il ensuite ? Le diagnostic de dépression postnatale sous-entend que ces dépressions disparaîtraient une fois la période post-partum terminée, soit environ un an après l'accouchement. Toutefois, peu de recherches

⁴ des Rivières-Pigeon, C., Saurel-Cubizolles, M.-J. et P. Romito. (2003), "Psychological distress one year after childbirth : A cross-cultural comparison between France, Italy and Quebec", *European Journal of Public Health*, 13, p.218-225.

⁵ Lee, D.T.S. et Chung, T.K.H. (2007) "Postnatal depression: an update", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21:2, p.183-191.

⁶ Romito, P., Saurel-Cubizolles, M.-J. et Lelong, N. (1999) "What makes mothers unhappy: psychological distress one year after childbirth in Italy and France". *Social Science & Medicine*, 49, p.1651-1661.

⁷ Henshaw, C.A. et Cox, J.L., *op.cit.*

⁸ Pitt, B. (1968) "Atypical" Depression After Childbirth", *British Journal of Psychiatry*, 114, p.1325-1335.

ont porté sur l'évolution de ces symptômes au fil du temps. Ces symptômes disparaissent-ils réellement ? La proportion de femmes présentant des symptômes de dépressions baisse-t-elle de façon notable après l'année qui suit l'accouchement ?

Les nombreuses études scientifiques qui ont porté sur la dépression postnatale sous un angle populationnel, c'est-à-dire sur sa prévalence et sur les facteurs qui y sont associés, sont majoritairement transversales. Peu d'études longitudinales ont abordé ce phénomène. Pourtant, l'étude d'un même groupe de mères à divers moments à la suite d'un accouchement, permet de voir ce qui favorise l'émergence des symptômes de dépression à des périodes distinctes de leur vie. Grâce à la démarche longitudinale privilégiée dans ce mémoire, nous pourrons observer les facteurs qui influencent l'état de santé psychologique des mères au fil du temps et voir la nature de ceux-ci, de même que leurs différences ou ressemblances.

Aucun consensus au sujet de la définition de la dépression postnatale n'existe au sein des écrits scientifiques et, comme nous le verrons dans le premier chapitre, le diagnostic de dépression postnatale tel que répertorié dans le DSM IV est fortement critiqué par les chercheurs. D'ailleurs, ces critères ne sont pas utilisés de la même manière selon les études. Nous présenterons, dans le premier chapitre, les divers résultats de recherche et les divergences d'opinions du milieu scientifique à ce sujet. De plus, nous tenterons de mettre en lumière les différences ou similitudes présentées par les différents auteurs, entre la dépression « ordinaire », définie comme l'épisode dépressif majeur par le DSM IV, et la dépression postnatale.

Dans le second chapitre, nous présenterons le cadre théorique de notre recherche. Nous verrons de quelle façon les discours sur la féminité et la maternité peuvent influencer l'expérience vécue par les mères de même que le discours scientifique qui s'est bâti autour de cette réalité. De plus, comme la dépression postnatale est définie comme un problème d'ordre médical et possède ainsi une grande portée médicale, nous décrirons le modèle biomédical

afin, une fois de plus, de pouvoir évaluer les liens existant entre ce modèle, le discours sur la maternité et l'expérience vécue par les mères.

Dans un troisième temps, nous décrirons les aspects méthodologiques de notre démarche de recherche. Dans le cadre de ce mémoire, des analyses quantitatives ont été effectuées afin de mesurer les éventuels changements dans la proportion des mères de l'échantillon présentant des symptômes de dépression. L'échantillon que nous avons utilisé a été tiré des données de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ)⁹, réalisée par la Direction Santé Québec à partir de 1998, et regroupe plus de 1700 répondantes. Nos analyses se sont basées sur une même cohorte de mères six mois, un an et demi, trois ans et demi et cinq ans après l'accouchement. Nous avons effectué des analyses permettant de mesurer l'évolution de la présence de symptômes de dépression dans les cinq années suivant l'accouchement et ainsi voir les variabilités dans la proportion de mères présentant de tels symptômes. De plus, nous avons tenté d'identifier quels sont les facteurs associés à la présence de symptômes de dépression afin observer les différences et les similitudes entre ceux qui y sont associés cinq mois après la naissance de leur enfant et ceux qui y sont associés plus tard après l'accouchement.

Ce sont les résultats de ces analyses qui nous permettront ensuite d'élaborer ce que nous appelons un modèle social de la dépression. Ce type de modèle nous permettra d'identifier les aspects de l'environnement dans lequel évoluent les mères qui possèdent une influence négative sur la santé mentale de celles-ci et augmentent ainsi leur risque de présenter des symptômes de dépression. Notre modèle mettra donc en relation des facteurs dits « psychosociaux », ayant été décrits comme étant en lien avec la dépression postnatale à la fois lors de la recension des écrits et lors de nos analyses sur l'échantillon. Les résultats des analyses que nous avons effectuées seront présentés dans le quatrième chapitre.

⁹ Thibault, J., M. Jetté et H. Desrosiers (2001). « Aspects conceptuels et opérationnels, section I – Conception de la phase I de l'ÉLDEQ, instruments et déroulement » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, no 12, 63 p.

Finalement, nous présenterons la discussion relative aux résultats obtenus et les limites de notre recherche dans le cinquième et dernier chapitre.

CHAPITRE 1

LA DEPRESSION POSTNATALE : UN DIAGNOSTIC SPECIFIQUE ?

Il n'existe pas de consensus, au sein de la communauté scientifique, au sujet de la définition de la dépression postnatale, aussi appelée dépression du post-partum¹⁰. Les auteurs s'entendent généralement sur les symptômes qui caractérisent ce type de dépression puisqu'ils sont décrits comme étant les mêmes que ceux ressentis par toute autre personne souffrant de dépression¹¹. Toutefois, les désaccords sont nombreux en ce qui concerne le moment d'apparition de ces symptômes dans le cas d'une dépression de type « post-partum ». Certains auteurs utilisent des critères précis à ce sujet alors que d'autres utilisent le terme « dépression du post-partum » pour désigner toute dépression présente chez les mères d'enfants âgés de moins d'un an, quel que soit le moment d'apparition de ces symptômes de dépression. Une autre source de désaccord concerne les facteurs qui causent ces dépressions. De manière implicite, une dépression « du post-partum » semble « causée » par des facteurs liés à la naissance d'un enfant, mais de nombreuses études indiquent au contraire que les facteurs associés aux dépressions postnatales seraient similaires à ceux de toute autre dépression. Ainsi, la question au cœur des débats entre les experts est celle du caractère spécifique ou non des dépressions qui affectent les nouvelles mères. En d'autres termes, est-il pertinent de distinguer les dépressions postnatales des autres dépressions ? Depuis quand et

¹⁰ Nous utiliserons de manière indifférenciée les termes « post-partum » et « postnatal » qui, pour nous, renvoient tous deux à la période d'un an suivant l'accouchement.

¹¹ Lee, D.T.S. et Chung, T.K.H. (2007) "Postnatal depression : an update", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21:2, p.183-191.

pour quelles raisons la dépression « du post-partum » est-elle considérée comme une forme différente ou « spécifique » de dépression ?

La section qui suit a pour but d'exposer les divers points de vue relatifs à la spécificité de la dépression postnatale. D'abord, à partir des travaux de Georges Minois et d'Alain Ehrenberg nous dresserons, dans un premier temps, le portrait que font ces auteurs de la dépression en général ou, plus précisément, de l'épisode dépressif majeur duquel la dépression postnatale pourrait, si elle est spécifique, se distinguer. Ensuite, dans un deuxième temps, nous mettrons en lumière les résultats de recherches et les contradictions au sujet des divers éléments qui donneraient à la dépression post-partum sa spécificité soit, les symptômes, la temporalité, la fréquence, les causes et les conséquences de ce type de dépression. Ce processus permettra de décrire les arguments de différents auteurs au sujet de la présence ou de l'absence de différences entre l'épisode dépressif majeur et la dépression postnatale.

1.1. L'épisode dépressif majeur

Afin de mieux saisir les débats sur la spécificité de la dépression postnatale dans les écrits, il est important de dresser un premier portrait de l'épisode dépressif majeur, communément appelé « dépression »¹². Nous nous attarderons plus particulièrement à l'évolution du concept de dépression au fil du temps selon l'analyse qu'en a faite Georges Minois¹³ au début du XXI^e siècle.

¹² Le terme « dépression » sera utilisé en tant que synonyme « d'épisode dépressif majeur », soit l'expression consacrée dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, manuel de l'*American Psychiatric Association*.

¹³ Minois, G. (2003) *Histoire du mal de vivre : De la mélancolie à la dépression*, Éditions de La Martinière : Paris, 478 p.

Selon Alain Ehrenberg¹⁴, la dépression est un phénomène qui prend de plus en plus de place au sein de la société occidentale contemporaine. Le diagnostic de dépression n'a pas toujours existé. Du moins, la vision dominante aujourd'hui est loin d'être la même que celle retrouvée dans les siècles précédents puisque le concept de dépression apparaît seulement autour du XX^e siècle. Georges Minois a retracé l'histoire de ce « mal de vivre ». Il mentionne que ce phénomène, auparavant nommé « mélancolie », s'est développé durant les premiers siècles avant et après Jésus Christ¹⁵. La « mélancolie » ou le « mal de vivre » était à l'époque perçu comme associé à la profondeur d'esprit, à une personnalité réfléchie et à l'introspection. Le regard a changé durant l'Antiquité : le mal de vivre devient alors une perversion que l'on doit combattre. Durant le Haut Moyen-Âge, le mal de vivre fait partie des huit vices principaux qui sont décrits comme étant d'inspiration diabolique. Le christianisme médiéval diabolisera aussi ce genre d'angoisses qui sont perçues comme un manque de confiance en Dieu. Comme le mentionne Minois, « par là [on] ne fait qu'aggraver le mal de vivre des esprits les plus fragiles¹⁶ ».

Au XV^e siècle, on s'interroge toujours sur la nature de la mélancolie et du mal de vivre. Malgré les divergences d'opinions, notamment entre l'élite et les classes populaires, les visions défavorables et négatives l'emportent. Au sein de la culture populaire, on associe même mélancolie et malheur. Cette vision négative changera plus tard à la Renaissance, appelée par Minois « siècle de la mélancolie »¹⁷. Il mentionne que les œuvres de la Renaissance présentent la mélancolie comme une maladie, mais une maladie des êtres exceptionnels, des privilégiés. À la même époque, la médecine n'a encore découvert aucune cause physiologique à ce problème. Ce type d'explication est pourtant celui recherché par les

¹⁴ Ehrenberg, A. (2000) *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Éditions Odile Jacob : Paris.

¹⁵ Minois, G., *op.cit.*

¹⁶ *Ibid.*, p.76.

¹⁷ *Ibid.*, p.103.

médecins et autres « professionnels de la santé » depuis Hippocrate. La mélancolie est alors présentée comme ayant uniquement une dimension psychologique.

Toujours selon Minois, c'est au XVIII^e siècle que le mal de vivre devient décrit comme touchant aussi les femmes. Au Siècle des Lumières, lorsqu'elles proviennent de l'élite, les femmes peuvent penser par elles-mêmes et exprimer les sentiments qu'elles ressentent. Ainsi, pour les privilégiés, la mélancolie est perçue de façon positive alors qu'elle possède une connotation négative dans la culture populaire, quand elle n'est pas tout simplement associée à la folie. Selon Minois, le mal de vivre passera, au fil du temps, d'une maladie de l'élite à une maladie honteuse qui se retrouve chez les faibles.

Dans son ouvrage sur la dépression, Alain Ehrenberg mentionne que dans les années 1940 la dépression est perçue comme un syndrome préalable à la maladie mentale alors que seulement trente ans plus tard elle est présentée comme le trouble mental le plus répandu dans le monde¹⁸. Il explique que « [la dépression] capte aujourd'hui le regard psychiatrique comme les psychoses il y a cinquante ans. [...] Elle occupe en psychiatrie une position carrefour pour une excellente raison : hier, comme aujourd'hui, les psychiatres ne savent pas la définir¹⁹ ». Toujours selon Ehrenberg, le terme dépression viendra pratiquement remplacer le terme de mélancolie après la Deuxième Grande Guerre. Les médias et l'industrie pharmaceutique donneront plus d'ampleur à la dépression dès l'invention des premiers antidépresseurs (1957) et des anxiolytiques (1960). On explique alors au public que la dépression peut toucher les gens en bonne santé, tout en les rassurant en spécifiant qu'il ne s'agit ni d'une maladie mentale ni d'une maladie imaginaire. La population touchée est définie comme hétérogène et la définition de la dépression demeure très floue. Ehrenberg recense plusieurs définitions parues dans les publications scientifiques autour des années 1960. On remarque que la dépression agit en tant que dénominateur commun d'un bon

¹⁸ Ehrenberg, A., *op.cit.*, p.9.

¹⁹ *Ibid.*, p. 9-10.

nombre d'affections psychiatriques. Ainsi, dès son apparition, elle est qualifiée de disparate, ce qui demeure une constante aujourd'hui. « Les états dépressifs sont donc dépourvus de toute spécificité, leurs symptômes sont d'une diversité étonnante ; le terme « dépression » est vague, désignant sinon une humeur triste, du moins une altération « anormale » de l'humeur²⁰ ». Reste que ce sont la tristesse et la douleur morale qui constitueraient le noyau de la symptomatologie dépressive selon Ehrenberg. La personne dépressive se dévalorise et la tristesse ressentie cause un certain ralentissement dans les actions.

Avec le flou qui entoure le phénomène, comment déterminer si un individu souffre d'une dépression ? En effet, une fois que ce portrait du parcours historique de la dépression est tracé, il semble difficile d'en arriver à comprendre comment les professionnels de la santé peuvent poser un diagnostic de dépression. Comment en arrivent-ils à mettre le doigt sur le problème alors que la dépression est décrite comme disparate et vague ?

En Amérique du Nord, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*²¹ (DSM) est le manuel diagnostique le plus utilisé par les professionnels de la santé pour diagnostiquer les problèmes de santé mentale. Selon ce manuel, pour établir un diagnostic d'épisode dépressif majeur, les professionnels doivent retrouver chez leur patient au moins cinq des symptômes listés et ces symptômes doivent avoir été présents durant une période de deux semaines. Il doit s'agir d'un changement dans la façon de fonctionner du patient et ce dernier doit présenter des signes d'un état d'esprit déprimé ou d'une diminution notable de l'intérêt, de plaisir. En plus de ces deux symptômes, les symptômes listés sont les suivants : perte ou prise de poids significative (sans recours à un régime particulier), diminution ou augmentation de l'appétit, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou manque d'énergie, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, pensées de mort

²⁰ *Ibid.*, p. 97.

²¹ American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM IV 4th ed. American Psychiatric Press, Inc. Washington D.C.

récurrentes (non seulement la peur de mourir) ou idées suicidaires récurrentes. Ces symptômes doivent avoir été présents presque tous les jours sur la période de deux semaines qui est évaluée²². Le fait de faire une liste permet de préciser et faciliter le diagnostic, mais cette liste demeure vague d'autant plus que les symptômes listés peuvent être opposés les uns aux autres (par exemple : agitation ou ralentissement psychomoteur).

1.2. Les dépressions des nouvelles mères

Si les diagnostics d'épisode dépressif majeur sont de plus en plus nombreux dans les sociétés occidentales aujourd'hui, cette augmentation est encore plus alarmante chez les femmes. Stoppard et McMullen²³ mentionnent que la dépression est le trouble de santé mentale le plus diagnostiqué chez les femmes de nos jours. Ce serait même l'un des problèmes de santé les plus souvent rencontrés chez celles-ci. Selon les résultats d'une étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) effectuée en 2000, une femme sur cinq vivra un épisode de dépression durant sa vie en Amérique du Nord²⁴. Les études conduites dans divers pays suggèrent qu'environ deux fois plus de femmes que d'hommes sont touchées par la dépression²⁵. D'après ces chiffres, le problème de la dépression chez les femmes semble criant. Ainsi, y a-t-il des différences entre ces dépressions que l'on retrouve chez les femmes et celles que l'on retrouve chez les nouvelles mères ?

²² American Psychiatric Association., *op.cit.*

²³ Stoppard, J.M et L.M. McMullen. (2003). *Situating Sadness: Women and Depression in Social Context*, New York et London : New York University Press, 228 p.

²⁴ World Health Organization. (2000). *Women's mental health : An evidence-based review*, Genève : World Health Organization.

²⁵ Weissman, M.M., Bland, R., Canino, G.J., et al. (1996). "Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder", *Journal of the American Medical Association*, 276, p.293-299.

Bien que l'on puisse recenser des troubles s'apparentant à la dépression postnatale depuis Hippocrate, il semble que ce soit Esquirol, en 1838, qui ait écrit sur ce sujet en premier lieu²⁶. Il signale certains troubles modérés de l'humeur chez des femmes venant de donner naissance à un enfant. Il mentionne que les troubles observés ne nécessitent pas d'hospitalisation et sont très différents de ceux liés au « délire du post-partum » qui, eux, obligent l'hospitalisation de la nouvelle mère. Marcé emboîte le pas en 1858 en publiant un *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*²⁷. Il remarque, dans cet ouvrage, le moral particulier des nouvelles mères qui deviennent, selon lui, plus susceptibles pour des événements mineurs. Toutefois, Marcé ne suggère aucunement que cela est directement en lien avec la grossesse ou l'accouchement. Il distingue par contre deux types de troubles soit, ceux qui surviennent entre la première semaine et le dixième jour suivant l'accouchement, et ceux apparaissant à la cinquième ou sixième semaine post-partum.

En 1929, Zilboorg, de son côté, a fait l'étude des psychoses en période postnatale. Il effectue des analyses psychanalytiques et propose que la cause des psychoses puisse être le « développement incomplet de la femme ». Brockington, qui a écrit sur ce sujet dans un article²⁸ publié en 2004 dans la revue *The Lancet*, mentionne que ce n'est qu'à partir des années 1950 que le concept de dépression postnatale émerge dans le milieu scientifique américain²⁹. Avant cette date, on parlait plutôt d'un sentiment de « mélancolie » associé au post-partum. La dépression postnatale est d'abord définie par Pitt, en 1968, comme une dépression *atypique* vécue par certaines mères après l'accouchement³⁰. Selon lui, les mères

²⁶ Esquirol, E. (1838). « De l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices » dans : *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris : Baillière, p.230-73.

²⁷ Marcé, L.V. (1858). *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, Paris : Baillière et fils, 394 p.

²⁸ Brockington, I. (2004) "Postpartum psychiatric disorders", *The Lancet*, vol.363, p.303-310.

²⁹ Brockington, I. (2004) "Diagnosis and management of post-partum disorders. A review", *World Psychiatry*, 3:2, p.89-95.

³⁰ Pitt, B., *op. cit.*

seraient souvent déprimées après la naissance de leur bébé, mais certaines le sont plus longuement et plus gravement que d'autres. C'est dans ce cas qu'elles vivent une dépression atypique qui se différencierait, selon lui, de celle vécue généralement par les nouvelles mères.

En 1987, Cox et son équipe développent une échelle servant à mesurer la dépression postnatale, l'échelle d'Edimbourg. Bien que le questionnaire ait été créé dans le but d'être spécifique à ce type de dépression, celui-ci ne fait aucune référence précise à la grossesse ou aux soins aux enfants. Il s'agit donc d'une échelle qui mesure les mêmes symptômes que les échelles « classiques » de mesure de la dépression.

1.3. Le diagnostic de dépression postnatale

C'est au milieu des années 1990 que le DSM IV propose, pour la première fois, le diagnostic de dépression postnatale³¹. En quoi la dépression postnatale est-elle différente de l'épisode dépressif majeur ? Selon le DSM IV, le moment d'apparition des symptômes dépressifs constitue la principale distinction entre les deux³². Dans le cas d'une dépression post-partum, les symptômes s'installent dans les quatre à six semaines suivant l'accouchement. Il s'agit ici de l'enjeu de la temporalité. Cette notion fait référence au moment d'apparition et à la durée de l'épisode dépressif. Les symptômes s'installent peu de temps après l'accouchement et, bien que cela ne soit pas mentionné explicitement dans le DSM, ceux-ci devraient disparaître au fil du temps. En d'autres termes, les symptômes ne devraient plus être présents après la période post-partum. Toutefois, existe-t-il d'autres différences significatives entre l'épisode dépressif majeur et la dépression postnatale ? Le critère du moment d'apparition est-il suffisant pour justifier un diagnostic spécifique ?

³¹ Il s'agit d'un sous-diagnostic (traduction libre du terme anglophone *specifier*) associé au diagnostic d'épisode dépressif majeur.

³² American Psychiatric Association., *op.cit.*

Les trois sections suivantes mettront l'accent sur les divers éléments qui s'imbriquent pour définir ce phénomène et qui sont fortement en lien avec le diagnostic de dépression postnatale. En premier lieu, les symptômes de la dépression postnatale seront examinés afin de voir s'il y a là des arguments utilisés pour caractériser ce phénomène. Deuxièmement, la notion de temporalité sera détaillée et approfondie dans le but de voir de quelle façon elle pourrait donner sa spécificité à la dépression postnatale. Finalement, la fréquence de la dépression post-partum sera évaluée. Ce dernier élément, contrairement aux deux précédents, ne constitue pas une composante du diagnostic, mais mesurer la fréquence des troubles dépressifs est essentiel pour aborder la question de la spécificité des dépressions à la période postnatale. En effet, s'il y a un grand nombre de cas durant la période postnatale, c'est qu'il y a probablement des éléments qui favorisent l'émergence de dépressions à cette période de la vie.

1.3.1. Symptômes

L'étude des symptômes associés à la dépression postnatale constitue la première démarche souvent effectuée par les auteurs pour tenter de distinguer la « dépression postnatale » de « l'épisode dépressif majeur ». Comme le mentionne des Rivières-Pigeon³³, il existe diverses façons de décrire ce type de dépression dans les écrits scientifiques. Certains auteurs définissent la dépression postnatale en la différenciant des deux autres types de problèmes psychologiques susceptibles d'apparaître à ce moment soit, le blues post-partum ou *baby blues* et la psychose puerpérale. D'autres préfèrent se pencher sur les symptômes et étudier la période de temps où ils se situent pour définir la dépression postnatale. Selon la première démarche, la dépression postnatale « n'étant ni le blues ni la psychose, l'expression [...] est utilisée pour désigner tous les problèmes dépressifs, plus ou moins sévères, plus ou moins prolongés, présents durant la période qui suit une naissance³⁴ ». La définition est donc très floue, couvre large et les éléments de définition s'établissent en fonction de leur opposition à

³³ des Rivières-Pigeon, C. (2002). « Une approche interdisciplinaire pour l'étude de la dépression postnatale » (p.402-427), dans F. Descarries et C. Corbeil (dir.), *Espaces et temps de la maternité*, Montréal : Éditions du remue-ménage, 543 p.

³⁴ *Ibid*, p. 404.

d'autres plus connus. D'ailleurs, ce même type de découpage est relevé par Brockington³⁵ dans son article portant sur la dépression postnatale publié dans *The Lancet*. Pitt³⁶, en cherchant une dépression atypique chez les nouvelles mères, utilisait déjà cette approche dans les années 1960.

La deuxième démarche consiste à sélectionner des symptômes, généralement ceux qui permettent un diagnostic d'épisode dépressif majeur selon le DSM IV, et évaluer s'ils sont présents à la période postnatale. Dans ce cas, les symptômes listés ne se distinguent donc pas de ceux suggérés pour une dépression « ordinaire », mais le fait qu'ils soient présents dans les mois suivants l'accouchement permet de les définir comme étant liés à la dépression postnatale.

Rappelons que Pitt, en 1968, écrivait que les mères sont souvent déprimées après la naissance de leur bébé. Cette perception pourrait être liée à un phénomène appelé *baby blues* qui regroupe, selon Ferreri, Ferreri et Nuss, des « manifestations dysphoriques brèves qui apparaissent, chez la moitié des accouchées, le plus fréquemment entre le troisième et cinquième jour du post-partum et [qui] sont totalement résolutive en quelques jours avec restitution ad integrum³⁷ ». Pitt, au moment de son observation, relève certains symptômes pour la dépression postnatale : sentiment de ne pas être à la hauteur, culpabilité en ce qui a trait à l'amour ressenti pour le bébé, anxiété concernant le bébé (même si celui-ci est en bonne santé), pleurs, irritabilité inhabituelle, manque de concentration ou de mémoire et, enfin, fatigue extrême. Soulignons le caractère plutôt paradoxal du fait d'associer la fatigue extrême d'une nouvelle mère à un symptôme de dépression alors que celle-ci a toutes les chances de ne pas dormir beaucoup la nuit durant les premiers mois suivant l'accouchement.

³⁵ Brockington, I. (2004) "Postpartum psychiatric disorders", *The Lancet*, vol.363, p.303-310.

³⁶ Pitt, B., *op. cit.*

³⁷ Ferreri, M., Ferreri, F. et Nuss, P. (2003) *La dépression au féminin*, Paris, John Libbey Eurotext, 139 p.

Si ces symptômes décrits par Pitt à la fin des années soixante semblent nombreux et complets, on retrouve d'autres énumérations dans les écrits scientifiques autour des années 2000. Certains^{38,39} mentionnent, dans leur étude de la dépression postnatale, qu'un état d'esprit déprimé, pleurer fréquemment, présenter un manque d'entrain, s'isoler socialement, faire de l'insomnie, avoir peu d'appétit, ne pas être apte à se concentrer et se sentir inutile ou incapable de faire face aux situations quotidiennes constituent plusieurs des symptômes de ce type de dépression. D'autres remarquent, chez les nouvelles mères, un détachement par rapport au nouveau-né, un sentiment d'incompétence qui apporte culpabilité et embarras, une baisse de la confiance en soi et une impression d'isolement qui sont attribuables au stress émotionnel de l'accouchement⁴⁰. Plus les études sur la dépression postnatale sont nombreuses, plus nombreux encore sont les symptômes recensés. Il devient donc difficile, dans ce contexte, d'établir une liste de symptômes spécifiques au phénomène.

En ce qui a trait à la spécificité des symptômes, on remarque que ceux-ci ne diffèrent pas nécessairement de ceux proposés pour l'épisode dépressif majeur présentés dans la section précédente. Bien que certains soient plus spécifiques aux mères puisqu'ils relèvent de la perception qu'elles ont d'elles-mêmes dans leur rôle de mère, la majorité des symptômes décrits ne viennent pas justifier un diagnostic précis pour la dépression postnatale. D'ailleurs, l'autodépréciation et le manque de confiance en soi constituent des caractéristiques généralement associées à la dépression. Henshaw et Cox⁴¹ soulèvent également ce questionnement après l'étude de la symptomatologie proposée par Pitt : la dépression postnatale est-elle atypique par les symptômes recensés ? Selon eux, cela ne semble pas être le cas.

³⁸ Lee, D.T.S. et Chung, T.K.H. (2007) "Postnatal depression : an update", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21:2, p.183-191.

³⁹ Stuchbery, M., Matthey, S. et Barnett, B. (1998) "Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 13, p.483-490.

⁴⁰ Lee, D.T.S. et Chung, T.K.H., *op. cit*

⁴¹ Henshaw, C.A. et Cox, J.L. (1995) "Postnatal depression", *Current obstetrics and gynaecology*, 5, p.70-74.

1.3.2. Temporalité

Une autre démarche visant la distinction de la dépression postnatale de l'épisode dépressif majeur pourrait être d'évaluer la temporalité du phénomène. En effet, si la dépression post-partum ne se distingue pas par ses symptômes elle se caractérise peut-être par la période de temps dans laquelle il est possible de la situer. La temporalité constitue donc le deuxième élément utilisé pour donner à la dépression postnatale sa spécificité. Cette notion fait ici référence à deux éléments distincts : le moment d'apparition des symptômes de dépression et la durée de l'épisode dépressif. Selon le DSM IV, la période de temps touchée est le principal élément qui donne une spécificité à ce diagnostic. En effet, la dépression est dite « postnatale » si elle apparaît dans les quatre à six semaines après l'accouchement. Bien que plusieurs^{42,43} utilisent ce critère du DSM IV concernant le moment d'apparition des symptômes dépressifs pour étudier le phénomène chez les nouvelles mères, certains^{44,45} proposent plutôt que la dépression postnatale puisse apparaître à tout moment dans la première année qui suit l'accouchement. L'année post-partum peut donc aussi servir à situer temporellement la dépression postnatale⁴⁶. La Classification internationale des maladies (CIM) produite par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), propose quant à elle de regarder jusqu'à la sixième semaine post-partum⁴⁷. Cependant, la plupart des études portant sur la dépression postnatale n'utilisent aucun critère lié au moment d'apparition des symptômes. La dépression est qualifiée de postnatale si elle est présente dans l'année qui suit l'accouchement, quel que soit le moment d'apparition des symptômes. Il n'y a donc pas de

⁴² Halbreich, U. et Karkun, S. (2006) "Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms", *Journal of Affective Disorders*, 91, p.97-111.

⁴³ Cooper, C. et al. (2007) "Clinical presentation of postnatal and non-postnatal depressive episodes", *Psychological Medicine*, 37, p.1273-1280.

⁴⁴ Lee, D.T.S. et Chung, T.K.H., *op. cit.*

⁴⁵ Henshaw, C.A. et Cox, J.L., *op. cit.*

⁴⁶ Romito, P., Saurel-Cubizolles, M.-J. et Lelong, N. (1999) "What makes mothers unhappy: psychological distress one year after childbirth in Italy and France", *Social Science & Medicine*, 49, p.1651-1661

⁴⁷ Organisation mondiale de la santé. (1993) *CIM-10 Classification internationale des maladies 10^e révision. Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions, cliniques et descriptives pour le diagnostic*, Genève : OMS, Paris : Masson, 305p.

consensus quant au moment d'apparition des symptômes de dépression. C'est d'ailleurs ce que découvre Kumar, lors d'une analyse transculturelle du phénomène. L'auteur indique que, selon les régions étudiées, on ne situe pas la dépression postnatale dans le même laps de temps⁴⁸.

Le regard porté sur les pourcentages recensés, notamment en ce qui a trait à la fréquence de ces dépressions, doit être mis en lien avec cet enjeu relatif à la temporalité de la dépression postnatale. Cette observation est intéressante puisque le DSM IV situe le moment d'apparition de ce type de dépression dans une période de temps bien précise. Situer un moment d'apparition précis et l'utiliser comme critère est pourtant essentiel pour mesurer l'incidence de la dépression postnatale soit, le nombre de nouveaux cas. Plusieurs auteurs préfèrent toutefois regarder la prévalence soit, le nombre de cas présents dans une population donnée. La raison de ce choix est probablement d'ordre méthodologique puisqu'il est difficile avec les outils classiques utilisés pour mesurer la dépression dans les études populationnelles (enquêtes transversales) de mesurer avec précision le début d'un problème. Il devient donc impossible de savoir si les épisodes de dépression présents chez les nouvelles mères sont apparus avant ou après l'accouchement. Le lien entre la dépression et la période postnatale reste donc à éclaircir.

Les choses ne sont guère plus consensuelles en ce qui concerne la durée de l'épisode dépressif. Nous l'avons vu, le DSM IV indique que les désordres de la période post-partum devraient apparaître entre la quatrième et la sixième semaine post-partum⁴⁹. On ne mentionne toutefois pas le moment où ces symptômes disparaîtront. Le terme dépression post-partum semble pourtant sous-entendre que les symptômes disparaissent au fil du temps soit, quand la femme n'est plus en période post-partum. Est-ce vraiment le cas ? Qu'en est-il de la durée de l'épisode dépressif et qu'advient-il de la persistance des symptômes ? Kumar caractérise

⁴⁸ Kumar, R. (1994) "Postnatal mental illness: a transcultural perspective", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, p.250-264.

⁴⁹ American Psychiatric Association., *op.cit.*

l'évolution de la dépression postnatale de « spontanée » pour environ la moitié des cas. L'épisode dépressif dure alors de trois à six mois. Dans les autres cas, la dépression se veut plus traînante et l'évolution est de l'ordre d'un an⁵⁰. L'article de Brockington, citant l'étude de Najman, pose aussi un regard sur l'évolution des symptômes de dépression tout au long de la grossesse et cinq ans après l'accouchement⁵¹. En effet, dans le cadre d'une enquête menée en Australie, Najman et ses collègues⁵² relèvent que les taux de dépression pourraient être plus élevés durant la grossesse et cinq ans après l'accouchement qu'à la période post-partum. En d'autres mots, plutôt que d'apparaître après l'accouchement et de disparaître au fil du temps comme le laisse entendre le terme « dépression postnatale », les symptômes auraient plutôt tendance à survenir avant la venue du bébé ou plus longtemps après l'accouchement, soit quand l'enfant est âgé de trois à cinq ans. Les résultats de cette recherche semblent indiquer que la présence d'un diagnostic spécifique pour les dépressions qui affectent les nouvelles mères pourrait avoir des répercussions sur les écrits scientifiques. En effet, bien peu d'études ont mesuré la dépression chez les mères en dehors de la période spécifique d'un an après la naissance d'un enfant. Le choix d'une certaine période de temps couverte par la dépression postnatale, en plus d'influencer le nombre de cas recensés, pourrait donc influencer le regard que posent les scientifiques sur ce type de dépression.

1.3.3. Fréquence

Un autre élément qui doit être évoqué dans le débat sur la spécificité de la dépression postnatale est la fréquence de ces dépressions. Il est en effet important de savoir si les dépressions sont plus fréquentes pendant la période post-partum. Cet élément est crucial puisque la mesure de la fréquence permet de constater si des dépressions dites « postnatales » s'ajoutent au « taux de base de dépression » que l'on retrouve normalement chez les femmes

⁵⁰ Kumar, R., *op.cit.*

⁵¹ Brockington, I., *op.cit.*

⁵² Najman, J.M. et al. (2000) « Postnatal depression : myth and reality : maternal depression before and after the birth of a child », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, p.19-27.

de ce groupe d'âge. L'étude australienne de Najman et ses collègues⁵³ de même que celle de des Rivières-Pigeon et Romito⁵⁴ menée en Italie ont démontré que la proportion de mères présentant des symptômes de dépression est plus élevée trois ou cinq ans après l'accouchement comparativement à la proportion retrouvée dans les mois suivants celui-ci. Ainsi, d'après ces résultats, il n'y aurait pas nécessairement plus de cas de dépression durant la période du post-partum.

Les données concernant la fréquence de la dépression postnatale permettent de voir l'ampleur du phénomène chez une certaine population pour une période de temps donnée. On mesure donc la prévalence. Les écrits placent généralement la fréquence de la dépression postnatale autour de 10%^{55, 56, 57, 58, 59}. Toutefois, selon les auteurs et les recherches, ce pourcentage peut atteindre 80%⁶⁰. L'étude de des Rivières-Pigeon, Saurel-Cubizolles et Romito⁶¹, est éloquentes au sujet des variations de la fréquence de la dépression postnatale selon le pays ou la culture d'appartenance. En effet, la comparaison effectuée entre trois régions soit, la France, le Québec et l'Italie suggère que la proportion de femmes présentant des signes de détresse psychologique dans l'année suivant l'accouchement diffère selon le pays. Une recension

⁵³ Najman, J.M. *et al, op.cit.*

⁵⁴ des Rivières-Pigeon, C. et Romito, P. (2004), « Dépression postnatale, dépression maternelle ou dépression tout court ? Évolution de la santé mentale des mères dans les 3 années suivant une naissance », Communication présentée au 72e congrès de l'ACFAS.

⁵⁵ des Rivières-Pigeon, C., Saurel-Cubizolles, M-J. et P. Romito. (2003), "Psychological distress one year after childbirth : A cross-cultural comparison between France, Italy and Quebec", *European Journal of Public Health*, 13, p.218-225.

⁵⁶ Lee, D.T.S. et Chung, T.K.H., *op.cit.*

⁵⁷ Romito, P., Saurel-Cubizolles, M-J. et Lelong, N., *op.cit.*

⁵⁸ Henshaw, C.A. et Cox, J.L., *op.cit.*

⁵⁹ Pitt, B. *op.cit.*

⁶⁰ Romito, P. (1990) *La naissance du premier enfant*, Paris : Delachaux et Niestle.

⁶¹ des Rivières-Pigeon, C., Saurel-Cubizolles, M-J. et P. Romito. (2003), *op.cit.*

d'écrits effectuée en 2006 tend également à démontrer des éléments allant dans le même sens. Halbreich et Karkun ont recensé 143 études rapportant la prévalence de la dépression postnatale dans 40 pays. L'étude rapporte des pourcentages allant de 0 à 60%⁶². On remarque que, malgré le fait que le même outil de mesure soit utilisé dans certains pays, tous ne rapportent pas la même fréquence.

1.4 Facteurs associés

L'étude des facteurs associés⁶³ au phénomène pourrait fournir des arguments relatifs à la spécificité de la dépression postnatale. Ainsi, un autre argument utilisé pour démontrer la spécificité de la dépression postnatale est le caractère spécifique des facteurs liés à ce type de dépression. Selon cette logique, un épisode de dépression postnatale, s'il était spécifique, serait strictement ou principalement expliqué par des facteurs associés au post-partum. Brockington⁶⁴ insiste aussi sur le fait qu'un diagnostic comme celui de la dépression postnatale devrait normalement s'associer à des données épidémiologiques qui confirment la présence de facteurs spécifiques. Il faut donc évaluer si les facteurs de risque recensés pour la dépression postnatale diffèrent de ceux présentés pour l'épisode dépressif majeur. Selon Henshaw et Cox⁶⁵, les facteurs associés à la dépression postnatale seraient de trois ordres. D'abord, on retrouve ceux relatifs aux bouleversements biologiques associés à la maternité. Ensuite viennent les facteurs relevant du psychologique ou ceux liés à la santé mentale qui font référence à la personnalité de la mère. Et, finalement, ceux associés au contexte de vie des nouvelles mères qui sont souvent désignés comme des facteurs psychosociaux.

⁶² Halbreich, U. et Karkun, S., *op.cit.*

⁶³ Nous avons préféré l'expression « facteurs associés » plutôt que « facteur de risque » ou « cause » puisque la majorité des études recensées sont transversales. Dans ce type d'étude, il est impossible de distinguer la direction de l'association mesurée. On ne sait pas si le facteur associé « cause » la dépression ou si, au contraire, c'est la dépression qui a « causé » l'émergence du facteur associé.

⁶⁴ Brockington, I., *op.cit.*

⁶⁵ Henshaw, C.A. et Cox, J.L., *op. cit.*

D'après Henshaw et Cox, parmi les facteurs biologiques qui sont généralement associés à la dépression postnatale on retrouve principalement les changements hormonaux qu'entraîne la grossesse. Les variations dans les taux d'œstrogène et de progestérone sont fréquemment énoncées comme des causes biologiques potentielles de la dépression postnatale « à cause de la proximité temporelle de l'accouchement⁶⁶ ». Cependant, un regard sur les études scientifiques à ce sujet met en lumière un manque flagrant de résultats significatifs⁶⁷. En effet, si la variation des taux d'hormones constitue le facteur de risque spécifique de la dépression postnatale le plus souvent cité, comment expliquer que « le rôle des facteurs biochimiques [ait aussi] été établi dans la dépression non puerpérale⁶⁸ » ? Brockington mentionne également que la dépression peut survenir chez toutes les femmes qu'elles soient infertiles, ménopausées, enceintes, en période post-partum ou qu'elles aient un enfant. De même, selon Henshaw et Cox, il n'existerait pas de facteurs biologiques spécifiques liés la dépression postnatale puisqu'on associe également les mêmes facteurs à l'épisode dépressif majeur. Ainsi, sans remettre en cause le fait que la grossesse et l'accouchement entraînent des fluctuations hormonales majeures, aucune étude n'a démontré que ces variations sont différentes chez les femmes dépressives et chez celles ne souffrant pas de dépression dans les mois suivant l'accouchement.

D'autres auteurs se sont plutôt penchés sur les facteurs psychologiques pouvant expliquer la dépression postnatale. Selon Brockington⁶⁹, la notion de dépression postnatale pourrait s'appliquer à un bassin hétérogène de personnes qui peuvent présenter de l'anxiété, des troubles obsessionnels, un trouble de stress post-traumatique ou encore des troubles bipolaires, tout cela associé à des épisodes dépressifs. De leur côté, Lee et Chung proposent plutôt comme explication le fait d'avoir un historique de dépression (en relation ou non avec une

⁶⁶ Henshaw, C.A. et Cox, J.L., *op. cit.*, p.72. (traduction libre)

⁶⁷ Lee, D.T.S. et Chung, T.K.H., *op.cit.*

⁶⁸ Henshaw, C.A. et Cox, J.L., *op. cit.*, p.72. (traduction libre)

⁶⁹ Brockington, I., *op.cit.*

grossesse précédente) et démontrer une personnalité vulnérable⁷⁰. Ferreri, Ferreri et Nuss abondent aussi en ce sens puisqu'ils mentionnent que « les antécédents psychiatriques hors de la puerpéralité représentent un facteur de risque important⁷¹ ». Une étude danoise⁷² ajoute aussi à cette idée en relevant quatre facteurs de risque de la dépression post-partum : présence de troubles de santé mentale antérieurs, détresse psychologique avant l'accouchement, isolement social et les grossesses multiples. Toutefois, il est difficile de savoir si la dépression postnatale s'explique réellement par ces facteurs psychologiques. En effet, comme le mentionne Najman, les cas de dépression mesurés en période post-partum constituent souvent une exacerbation ou une continuation d'un ensemble de symptômes préexistants⁷³. Dans le cas des dépressions « non postnatales » les antécédents d'épisodes dépressifs constituent également un risque pour la venue d'épisodes dépressifs ultérieurs.

Les mêmes auteurs se penchant sur les facteurs psychologiques proposent souvent des facteurs dits psychosociaux pour expliquer la dépression postnatale. C'est le cas pour Ferreri, Ferreri et Nuss qui proposent aussi les facteurs relationnels familiaux et les événements de vie stressants comme éléments influençant la santé mentale des nouvelles mères. Dans le même ordre d'idées, Lee et Chung proposent certaines caractéristiques telles que : évoluer dans un contexte de vie stressant, souffrir d'un manque de support social, ne pas être satisfaite de sa relation conjugale et vivre dans une situation précaire⁷⁴. Plus spécifiquement, l'influence de la relation avec le conjoint semble importante. En explorant les différences entre la France, le Québec et l'Italie en ce qui a trait au partage des soins aux enfants dans l'année suivant l'accouchement, des Rivières-Pigeon, Saurel-Cubizolles et Romito ont démontré qu'une division inégale de ces tâches serait associée à des signes de détresse

⁷⁰ Lee, D.T.S. et Chung, T.K.H., *op.cit.*

⁷¹ Ferreri, M., Ferreri, F. et Nuss, P., *op.cit.*

⁷² Nielsen Forman, D., Videbech, P., Hedegaard, M., Dalby Salvig, J. et Secher, N.J. (2000). "Postpartum depression: identification of women at risk", *British Journal of Obstetrical Gynaecology*, 107 : p.1210-1217.

⁷³ Najman, J.M. *et al*, *op.cit.*

⁷⁴ Lee, D.T.S. et Chung, T.K.H., *op.cit.*

psychologique chez les nouvelles mères⁷⁵. S'il y a diagnostic de dépression postnatale, l'attitude du conjoint face à cette réalité viendrait aussi influencer l'épisode dépressif vécu par la nouvelle mère. En effet, Everingham, Heading et Connor suggèrent qu'une des sources de détresse majeures chez les nouvelles mères serait l'incompréhension du conjoint face à ce qu'elles vivent, notamment lorsqu'elles sont déprimées⁷⁶. Mauthner abonde en ce sens puisque son étude du soutien social et de la dépression postnatale semble indiquer que certaines mères, malgré le fait qu'elles aient un conjoint aidant et soutenant, sont déprimées parce qu'elles ne recevraient pas le type d'aide dont elles ont besoin⁷⁷. Il est important de mentionner que le fait d'avoir un conjoint peu aidant ne contribue pas seulement à l'apparition de symptômes de dépression uniquement. Sanderson mentionne que cet élément du contexte de vie des mères peut aussi mener à l'apparition de troubles associés à la grossesse comme l'augmentation du risque de césarienne ou l'augmentation de la durée du travail⁷⁸. Stuchbery, Matthey et Barnett observent que le facteur de soutien social qui influence le plus la présence de symptômes dépressifs chez une nouvelle mère est la relation conjugale et ce, peu importe la culture d'appartenance⁷⁹. De plus, « les résultats démontrent que les stressseurs chroniques et un support social inadéquat durant la période qui suit immédiatement l'accouchement sont clairement associés avec la présence de symptômes dépressifs post-partum et ce, surtout dans le cas des mères primipares⁸⁰ ». L'étude de

⁷⁵ des Rivières-Pigeon, C., Romito, P. et Saurel-Cubizolles, M-J. (2002). "Division of Domestic Work and Psychological Distress One Year After Childbirth : A Comparison Between France, Quebec and Italy", *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12 : 397-409.

⁷⁶ Everingham, C.R., Heading, G. et Connor, L. (2006) "Couples' experiences of postnatal depression: A framing analysis of cultural identity, gender and communication", *Social Science & Medicine*, 62, 7, 1745-1756.

⁷⁷ Mauthner, N.S. (1995) "Postnatal Depression : The Significance of Social Contacts Between Mothers", *Women's Studies International Forum*, vol. 18, no.3, p.311-323.

⁷⁸ Sanderson, C.A. (2004). *Health Psychology*, États-Unis : John Wiley & Sons, Inc., 698 p.

⁷⁹ Stuchbery, M., Matthey, S. et Barnett, B. (1998) "Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 13, p.483-490.

⁸⁰ Séguin, L., Potvin, L., St-Denis, M. et Loiselle, J., (1999) "Socio-Environmental Factors and Postnatal Depressive Symptomatology : A longitudinal Study", *Women & Health*, 29 :1, p. 66. (traduction libre)

Kumar⁸¹ indique que la culture d'appartenance pourrait avoir un impact sur les rituels de passage qui entourent la maternité. Ainsi, selon les cultures, les mères ne seraient pas encadrées de la même façon ce qui vient affecter la façon, dont elles vivent la venue de leur nouvel enfant. Les travaux de des Rivières-Pigeon, Romito et Saurel-Cubizolles^{82,83} corroborent cette idée selon laquelle la culture fait varier le nombre de cas recensés. En effet, le type de support reçu par la mère différerait selon les cultures et jouerait différemment selon les régions. Mentionnons que ces facteurs, tels que le manque de soutien ou encore les difficultés conjugales, sont également liés à la dépression dans la population en général et chez les femmes principalement.

Tout comme pour l'épisode dépressif majeur et plusieurs autres problèmes de santé, le fait d'avoir un statut socioéconomique faible serait associé à l'apparition de symptômes dépressifs après l'accouchement. Une étude de Séguin, Potvin, St-Denis et Loiseleur démontre que les nouvelles mères avec statut socioéconomique faible auraient plus de chance de présenter des symptômes de dépression dans le deuxième mois post-partum que celles avec un statut socioéconomique plus élevé⁸⁴. Dans la même lignée, plusieurs chercheurs mentionnent que les mères ayant des difficultés financières seraient plus susceptibles de démontrer des symptômes de dépression, qu'elles soient en période post-partum ou non^{85,86,87}. La situation d'emploi peut également être une cause de l'apparition de symptômes de

⁸¹ Kumar, R., *op.cit.*

⁸² des Rivières-Pigeon, C., Romito, P. et Saurel-Cubizolles, M-J. (2002), *op.cit.*

⁸³ des Rivières-Pigeon, C., Saurel-Cubizolles, M-J. et P. Romito. (2003), *op.cit.*

⁸⁴ Séguin, L., Potvin, L., St-Denis, M. et Loiseleur, J., *op.cit.*

⁸⁵ Reading, R. et Reynolds, S. (2001) "Debt, social disadvantage and maternal depression", *Social Science and Medicine*, 53, p.441-453.

⁸⁶ Ferreri, M., Ferreri, F. et Nuss, P., *op.cit.*

⁸⁷ Brown, G.W. et Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorders in Women*, Londres: Tavi-Stock.

dépression à la période postnatale^{88,89}. En effet, les femmes en recherche d'emploi présenteraient plus souvent des signes de détresse un an après l'accouchement que les mères ayant un emploi ou qui sont à la maison. L'instabilité de la situation professionnelle influencerait donc le moral des nouvelles mères.

Les facteurs associés à la dépression postnatale sont donc multiples et de plusieurs ordres. Les interactions entre les divers types de facteurs sont aussi présentes lorsqu'on cherche à expliquer l'épisode dépressif majeur. Il est important de mentionner qu'on retrouve les mêmes facteurs liés à la fois à l'épisode dépressif majeur et à la dépression postnatale. Qu'est-ce qui distingue alors une dépression postnatale d'une dépression chez une femme ou une mère ?

1.5 Conséquences

Le dernier argument utilisé pour justifier l'utilité d'un diagnostic spécifique pour les dépressions des nouvelles mères est celui des conséquences particulières de ces dépressions. Selon plusieurs auteurs^{90,91}, la dépression postnatale se révélerait spécifique par les conséquences particulières qui s'associent à ce type de dépression. Un coup d'œil dans les écrits permet de distinguer trois aspects différents des conséquences de la dépression post-partum. Celle-ci peut affecter la mère elle-même, la relation entre les conjoints et les relations entre la mère et son enfant.

⁸⁸ Saurel-Cubizolles, M-J., Romito, P., Ancel, P-Y, et Lelong, N. (2000) "Unemployment and psychological distress one year after childbirth in France", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, p.185-191.

⁸⁹ des Rivières-Pigeon, C., *op. cit.*

⁹⁰ Kumar, R., *op. cit.*

⁹¹ Everingham, C.R., Heading, G. et Connor, L., *op. cit.*

Tout d'abord, la dépression postnatale aurait des conséquences majeures sur les mères. Cependant, ces conséquences sont-elles plus graves que celles des dépressions qui surviennent à d'autres moments ? Everingham, Heading et Connor⁹² proposent qu'une conséquence pour la mère puisse être celle de la stigmatisation relative à l'étiquette apposée par le diagnostic de dépression postnatale. Cette étiquette s'associe à une « maladie mentale » ce qui pourrait être perçu de façon négative dans l'environnement social de la mère. Par contre, Henshaw et Cox⁹³ mentionnent que cette stigmatisation s'associe à tous les autres troubles mentaux et pas spécifiquement à la dépression postnatale. De plus, le fait de cibler le problème et d'établir un diagnostic de dépression postnatale n'aiderait pas nécessairement la mère à communiquer sa détresse au post-partum, et ce, autant à son conjoint qu'aux professionnels de la santé⁹⁴. Ce serait aussi le cas pour les personnes ayant un diagnostic d'épisode dépressif majeur, comme le suggèrent Lafrance et Stoppard⁹⁵.

Ensuite viennent les conséquences sur le couple. Si la femme, en devenant mère, doit s'adapter socialement et personnellement à son nouveau rôle, le couple vivrait également une période d'ajustement. Kumar suggère que les partenaires des femmes déprimées à la période postnatale seraient plus enclins à développer eux aussi des symptômes dépressifs⁹⁶. De plus, bien que certains partenaires soient déterminés à aider leur conjointe, ils seraient souvent incapables de fournir le soutien nécessaire à la nouvelle mère à cause du manque de communication au sein du couple⁹⁷. De plus, les deux conjoints n'auraient pas la même façon

⁹² Everingham, C.R., Heading, G. et Connor, L., *op. cit.*

⁹³ Henshaw, C.A. et Cox, J.L., *op. cit.*

⁹⁴ Everingham, C.R., Heading, G. et Connor, L., *op. cit.*

⁹⁵ Lafrance, M. N. et Stoppard, J.M. (2006). "Constructing a Non-depressed Self: Women's Accounts of Recovery from Depression", *Feminism & Psychology*, vol. 16(3), p.307-325.

⁹⁶ Kumar, R., *op. cit.*

⁹⁷ Mauthner, N.S. (1995) "Postnatal depression: The significance of social contacts between mothers", *Women's Studies International Forum*, 18, 3, p.311-323.

de comprendre l'expérience de dépression postnatale de la mère⁹⁸. Certaines tensions pourraient donc émerger au moment où la mère a le plus besoin de compréhension et de soutien.

Finalement, les relations entre la mère et son enfant sont également décrites par certains auteurs comme touchées par la dépression postnatale. Par exemple, une étude australienne semble expliquer la persistance et la stabilité temporelle des difficultés mère-enfant survenues dans la première année post-partum par la dépression postnatale⁹⁹. Ainsi, malgré le temps qui passe, le stress et les tensions ne disparaîtraient pas d'eux-mêmes. De plus, la dépression postnatale affecterait aussi le développement des enfants. En effet, les enfants seraient plus enclins à présenter des difficultés à réaliser des tâches cognitives, à s'attacher émotionnellement et à démontrer des troubles de comportement^{100,101}. Selon Lee et Chung¹⁰², cela s'expliquerait par le fait que les mères ayant un diagnostic de dépression postnatale seraient plus enclines à présenter des comportements intrusifs ou de désengagement par rapport à l'enfant ce qui affecterait son développement. Toutefois, ne serait-il pas de même pour une mère présentant un diagnostic d'épisode dépressif majeur en dehors de la période postnatale ? C'est ce que semble expliquer Najman¹⁰³ en spécifiant que les enfants élevés par des mères déprimées, à la période postnatale ou à un autre moment, seraient plus enclins à présenter des problèmes cognitifs et émotionnels.

⁹⁸ Everingham, C.R., Heading, G. et Connor, L., *op. cit.*

⁹⁹ Milgrom, J. et al. (2006) "Stressful impact of depression on early mother-infant relations", *Stress and Health*, 22, p.229-238.

¹⁰⁰ Henshaw, C.A. et Cox, J.L., *op. cit.*

¹⁰¹ Cooper, P.J. et Murray, L. (1998) "Fortnightly review: postnatal depression", *British Medical Journal*, 316, p.1884-1886.

¹⁰² Lee, D.T.S. et Chung, T.K.H., *op.cit*

¹⁰³ Najman, J.M. et al, *op.cit.*

Il est surprenant de constater que les écrits, devant un phénomène aussi flou que la dépression postnatale, insistent autant sur le risque de provoquer des conséquences aussi nombreuses et diversifiées. En fait, les écrits semblent indiquer que ce sont les dépressions des mères de manière générale qui ont des conséquences graves et non pas celles de la période du post-partum spécifiquement.

1.6 Conclusion

Après avoir passé en revue les nombreux arguments relatifs à la spécificité de la dépression postnatale, il semble clair que la question de la pertinence d'un diagnostic spécifique pour les dépressions postnatales n'a pas encore été résolue. Les divers arguments proposés soit, les symptômes, la temporalité, la fréquence, les causes et les conséquences, ne font l'objet d'aucun consensus au sein de la communauté scientifique. En confrontant la dépression postnatale à l'épisode dépressif majeur du DSM IV, on remarque que les frontières entre les deux phénomènes sont loin d'être définies. Des questions restent en suspens : les dépressions des mères sont-elles plus fréquentes à la période post-partum (dans l'année qui suit l'accouchement) qu'à d'autres moments ? Est-ce que les symptômes dépressifs disparaissent au fil du temps comme le suggère le DSM IV ? Quels sont les facteurs qui s'associent à la présence de symptômes dépressifs chez les mères de jeunes enfants ? Ces facteurs sont-ils les mêmes dans les mois qui suivent l'accouchement comparativement à quelques années plus tard ?

Le cœur du problème semble lié à la temporalité de l'épisode dépressif. Les symptômes peuvent être semblables à ceux de l'épisode dépressif majeur du DSM IV, reste que le moment où on les étudie et la période de temps associée à leur présence sont révélateurs de la spécificité du phénomène. Plusieurs recherches antérieures proposent l'étude de la dépression postnatale à un moment précis dans le temps. On recherche alors la présence ou non de symptômes de dépression à un moment bien ponctuel. Or, dans le cadre de notre recherche, nous proposons plutôt de voir l'évolution du phénomène en observant la présence ou non de symptômes de dépression, chez la même cohorte de mères, dans les cinq années qui suivent

la naissance d'un enfant. Ainsi, nous cherchons à observer, à grande échelle, les fluctuations et les changements de l'état psychologique de ces mères québécoises au cours d'un laps de temps plus vaste que les seules quatre à six semaines post-partum.

CHAPITRE 2

DISCOURS SUR LE ROLE DE MERE ET MEDICALISATION DE LA MATERNITE

Le chapitre précédent a démontré que la définition de la dépression postnatale et les arguments présentés pour justifier sa spécificité résident dans une zone d'ombre et sont plutôt vagues. Nous avons constaté que plusieurs auteurs ne s'entendent pas sur les éléments distinguant la dépression du post-partum de l'épisode dépressif majeur. Sachant cela, pourquoi le diagnostic spécifique de dépression postnatale a-t-il été créé ? La première hypothèse pouvant être soulevée pour répondre à cette question est celle de l'existence d'un lien entre les discours sur la maternité et ce diagnostic spécifique affectant les nouvelles mères. Dans le discours populaire, devenir mère est synonyme de bonheur et l'idée que le rôle naturel de la femme est d'être mère s'impose généralement. Comment a évolué le regard de notre société sur les femmes et les mères ? Qu'en est-il du discours sur celles-ci aujourd'hui ? De quelle façon ce discours sur la féminité et la maternité peut être mis en lien avec la dépression des mères ?

Nous proposons deux avenues pour tenter de répondre à ces questions. Dans un premier temps, nous nous attarderons à dessiner les contours des différents discours au sujet du rôle de la mère et de la maternité. Faire le parcours historique du rôle de mère nous permettra de confronter celui-ci au diagnostic de dépression postnatale, ce dernier étant perçu comme une réponse à l'incapacité des mères à remplir leurs « fonctions ». Les particularités du discours sur la maternité nous portent à croire que le développement d'une vision spécifique de la

dépression postnatale pourrait être lié à l'incompatibilité entre le rôle maternel et les symptômes dépressifs.

Dans un deuxième temps, comme le diagnostic de dépression postnatale provient du domaine biomédical, nous soulignerons les grands traits des idées relatives à la médicalisation de la maternité. D'abord, nous décrirons les définitions du concept de médicalisation et du modèle biomédical de la société occidentale contemporaine. Ensuite, nous observerons plus spécifiquement la médicalisation de la maternité et des expériences vécues par les femmes.

2.1. Les discours sur la féminité et la maternité

Le rôle de mère est souvent défini comme le rôle naturel de la femme. Badinter, dans son ouvrage *L'amour en plus*¹⁰⁴, explique que l'idée d'instinct maternel est toujours présente dans les croyances de la société occidentale contemporaine. Pourtant, le parcours qu'elle effectue des attitudes maternelles démontre bien que celles-ci sont variables et fluctuent selon les cultures d'appartenance et les moeurs¹⁰⁵. C'est dans cet ouvrage des années 1980 que Badinter indique que la mère est souvent représentée comme une « femme mariée dotée d'enfants légitimes »¹⁰⁶. Elle mentionne qu'il s'agit d'un personnage relatif parce qu'il se conçoit par rapport au père et à l'enfant. La mère est un personnage tridimensionnel parce qu'en plus de ce double rapport la mère est aussi une femme, un être spécifique¹⁰⁷.

Le discours sur le rôle de mère a bien sûr évolué dans le temps et il est possible d'en dresser un bref parcours historique. Selon Stoppard, le discours sur la féminité et la maternité fait

¹⁰⁴ Badinter, E. (1980). *L'amour en plus*, France : Flammarion, 372 p.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p.369.

¹⁰⁶ *Ibid.*, p.13.

¹⁰⁷ *Idem.*

référence aux idées sur la nature de la femme. Ces idées impliquent que certaines activités devraient normalement faire partie intégrante de la vie d'une femme¹⁰⁸. Dans la Grèce Antique, c'est l'enfantement qui amène cette vision naturelle du lien entre la femme et son enfant. Comme l'explique Jean-Pierre Vernant :

« Dans l'institution sociale du mariage l'enfantement s'insère comme un aspect d'animalité. D'abord parce que dans la procréation le couple conjugal, dont l'union repose sur un contrat, produit un rejeton semblable à un petit animal, encore étranger à toute règle de culture. Ensuite parce que le lien qui unit l'enfant à sa mère est « naturel », non social comme celui qui le rattache à son père¹⁰⁹ ».

Avec le XVII^e siècle apparaît une définition d'un certain rôle « naturel » de la mère, définie comme *la* personne devant s'occuper de son enfant. Cette vision évoluera tout de même lentement. La place de la mère est définie comme étant aux côtés de l'enfant et cela marque l'émergence d'une vision positive de la maternité et des soins aux enfants. Dans les siècles précédents, l'enfant était considéré comme un petit adulte, on se souciait peu de son bien-être. C'est l'Église qui soutient fortement le retour de l'enfant au « bon endroit », c'est-à-dire dans les bras de sa mère. On remarque aussi que Jean-Jacques Rousseau et son *Émile*, ont constitué un élément clé de ce courant en France. Pour la première fois, le rôle de mère est décrit comme positif. Il devient évident que la mère qui répond à cet appel naturel de soin à son enfant ne peut qu'être heureuse de le faire. L'allaitement est désormais décrit comme naturel et beau, contrairement à la vision répulsive qui s'en dégageait auparavant. Les croyances des classes moyennes et élevées, à cette époque, soutenaient que le rôle de la mère est inné, il constitue un mécanisme instinctif. Ce mécanisme serait d'ailleurs activé à la naissance de l'enfant, si ce n'est plus tôt. Paradoxalement, c'est à cette même époque que les conseils d'un « expert » sur la façon de prendre soin du bébé deviennent acceptables¹¹⁰. Cela est plutôt contradictoire puisque bien qu'il soit « naturel » pour une femme d'être mère, celle-

¹⁰⁸ Stoppard, J.M. (2000). *Understanding Depression : Feminist social constructionist approaches*, Londres et New York : Routledge, p.38.

¹⁰⁹ Vernant, J-P. (1985). *La mort dans les yeux*, France: Hachette, p.22.

¹¹⁰ Sommerfeld, D. (1989). "The origins of mother blaming: historical perspectives on childhood and motherhood". *Infant Mental Health Journal*, 10, 1, p.19.

ci a besoin des conseils extérieurs pour bien s'occuper de son bébé. Nous verrons, dans la section suivante, que cela peut être mis en lien avec le concept de médicalisation présent dans notre société. Badinter¹¹¹ explique qu'à la fin du XVIII^e siècle, l'amour maternel est une valeur qui se veut naturelle et sociale. Cet amour devient favorable à l'espèce et à la société. Kitabgi propose que cette période soit aussi associée au passage du discours philosophique sur les femmes, proposé par la sphère religieuse, à la biologisation des genres, mots empruntés à Laqueur, ce qui permettra d'établir les fondations du pouvoir masculin au nom de la Science¹¹². Les hommes et les femmes seraient naturellement différents sur le plan psychologique à cause de leur sexe.

Selon Kitabgi, avec la Révolution Industrielle, on assiste à la mise en place de législations qui permettront d'offrir de meilleurs soins aux enfants. Le XIX^e siècle sera prolifique en efforts pour faciliter l'instauration de mesures reliées à la santé mentale et physique des enfants pour toutes les classes sociales et non seulement les plus riches. À l'aube du « XX^e siècle, le destin féminin est clairement conceptualisé en termes de devoir social de maternité¹¹³ ». La femme est vue comme étant biologiquement constituée pour la maternité, donc des fonctions spécifiques en découlent telles que l'éducation des enfants ou la garde du foyer. Charles Darwin donnera une valeur scientifique à l'étude de l'enfance et de la maternité. Il apportera une nouvelle dimension à celle-ci en ajoutant au rôle de la mère, en plus des soins directs à l'enfant, une stabilité émotionnelle et sociale. Le scientifique entre ici en jeu et c'est au cours de ce siècle également que se répandra l'idée de la responsabilité de la mère par rapport au comportement de son enfant, notamment avec les théories de Freud et de Watson. Les théories de Freud s'incorporant à l'étude du développement de l'enfant au milieu du XX^e

¹¹¹ Badinter, E., *op.cit.*

¹¹² Kitabgi, S. (2003). « Les médecins du 19^e siècle face au corps féminin : les enjeux sociaux et politiques de l'apparence féminine » (p.71-84), dans L. Ciosi-Houcke et M. Pierre (dir.), *Le corps sens dessus dessous : regard des sciences sociales sur le corps*, France : L'Harmattan, 208 p.

¹¹³ *Ibid.*, p.78.

siècle, ce sont celles de John Watson, behavioriste, qui s'imposent d'abord en Amérique du Nord. Sa vision du rôle de la mère est extrêmement rigide et il insiste sur le fait que des « erreurs » de la part de la mère peuvent causer de graves problèmes pour le futur de l'enfant. Les écrits de Watson décrivent l'amour de la mère comme un instrument au service de l'enfant. Badinter propose qu'avec le XX^e siècle vient s'ajouter de nouvelles responsabilités pour la mère : sonder l'inconscient et répondre aux désirs de son enfant. Elle n'est plus seulement responsable du bien-être physique de son enfant, mais également de son bien-être psychique. Toujours selon Badinter, « Rousseau et Freud [...] élaborent tous deux une image de la femme singulièrement semblable, à cent cinquante ans de distance : ils soulignent le sens du dévouement et du sacrifice qui caractérisent, selon eux, la femme « normale »¹¹⁴ ».

Au milieu du XX^e siècle, les discours sur le rôle de la mère s'inscrivent en continuité avec ceux du XVIII^e siècle où la mère est vue comme celle possédant tous les atouts pour bien s'occuper de son enfant. Badinter mentionne que c'est avec Winnicott, pédiatre et psychanalyste britannique, que l'on a « atteint le sommet des responsabilités maternelles, et, par contrecoup, aussi un sentiment diffus de culpabilité. Car, à la moindre difficulté psychologique de l'enfant, comment une mère ne pourrait-elle pas se sentir responsable et donc coupable¹¹⁵ » ? Les mères doivent donc faire face aux jugements relatifs au fait qu'elles sont peut-être de mauvaises mères.

Ainsi, les conseils, sur la « façon » d'élever les enfants, étaient perçus comme nécessaires pour le bon développement des enfants. Les agences gouvernementales préparaient des documents d'information, basés sur les principes de Watson¹¹⁶, et les distribuaient à la

¹¹⁴ Badinter, E., *op.cit.* p.234.

¹¹⁵ *Ibid.*, p.314.

¹¹⁶ John Watson (1878-1958) est un psychologue américain s'inscrivant dans la lignée du béhaviorisme radical. Ses recherches portaient principalement sur le développement des enfants. Watson a défini plusieurs règles simples relatives au comportement maternel et suggérait qu'un écart à ces règles pouvait ruiner l'avenir d'un enfant. (Sommerfeld, D., *op.cit.*, p.20)

population. On y présentait les choses à faire et à ne pas faire pour élever un enfant. Ces méthodes ne faisaient, selon Sommerfeld, qu'encourager l'institution d'un certain rôle pour la mère¹¹⁷. En 1940, les divers concepts psychanalytiques étaient répertoriés dans des manuels pratiques sur la façon d'agir pour élever son enfant en Occident. Avec le baby-boom qui a suivi la Deuxième Grande Guerre, les mères étaient pressées par la société de retourner à « leur place ». Ce mouvement était encouragé non seulement par les experts des soins aux enfants, mais aussi par la modernisation du travail à la maison et de l'industrialisation rapide de la société. Selon Badinter, la réalité changera par la suite, le rôle de mère à la maison deviendra plus rare dans les années 1970 et 1980, notamment à cause de l'augmentation du nombre de familles monoparentales et de l'évolution de la place des femmes dans la société qui ne seront plus confinées exclusivement à la sphère privée. Cependant, une constante demeure : l'autorité des experts. Ces derniers dictaient quels comportements adopter pour bien élever les enfants, sans se soucier du fait qu'une mère est également une femme. Ce conflit se révélait souvent comme une difficulté majeure pour les femmes.

Selon Stoppard¹¹⁸, une autre difficulté rencontrée par les mères ou les femmes est la nature stressante de la vie de certaines femmes en tant que mère ou épouse. Elle mentionne également qu'il existe un danger dans le fait de tenir pour acquis que la maternité est intrinsèquement une expérience positive pour une femme. En effet, la difficulté à ressentir les sentiments maternels de bonheur et d'attachement est aujourd'hui considérée comme étant le signe d'une dépression chez la mère. Être une bonne mère implique la démonstration de certains sentiments spécifiques envers l'enfant en plus d'arriver à fournir un environnement approprié pour le développement du potentiel de celui-ci. Ainsi, ne pas arriver à « être une bonne mère », imposerait une pression telle que les mères auraient tendance à démontrer des symptômes de dépression. Stoppard¹¹⁹ insiste sur l'idée selon laquelle ce type de discours social dépeignant la maternité comme seule source d'accomplissement personnel pour une

¹¹⁷ Sommerfeld, D., *op. cit.*

¹¹⁸ Stoppard, J.M., *op.cit.* p.153

¹¹⁹ *Ibid.*, p.160.

femme et le fait d'élever un enfant comme responsabilité ultime pour celle-ci imposent un certain carcan et sortir du cadre pose problème.

Romito mentionne également qu'il existerait un décalage entre l'expérience que vivent réellement les femmes en devenant mères et les « discours du sens commun et des experts, qui fournit une image, toute positive, et par cela mystifiée¹²⁰ ». Les femmes qui n'arrivent pas à combler les attentes ou qui ne ressentent pas ce qu'elles « devraient » ressentir, selon le discours sur le rôle de la mère, pourraient alors démontrer des signes de dépression. L'importance de prendre en considération le discours sur le rôle de la mère mérite d'être soulignée puisque l'on remarque que le fait de correspondre ou non à ce discours viendrait influencer l'état de santé mentale des femmes. Cela est toutefois vrai quel que soit l'âge de l'enfant. Il est cependant possible que la période qui suit la naissance d'un enfant soit influencée de façon particulière par les obligations et contraintes liées à la maternité.

2.2. La médicalisation de la maternité

Ainsi, depuis le milieu du XX^e siècle, les conseils des experts, et plus spécifiquement les conseils provenant des professionnels du domaine médical afin de mieux guider les mères, se multiplient. Ce type de prise en charge d'un événement de la vie, par la sphère biomédicale, fait maintenant partie prenante de notre quotidien. Dans un premier temps, nous nous efforcerons dans cette section de mieux définir ce que constitue la médicalisation et quel est son lien avec le modèle biomédical de la société actuelle. Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons à la médicalisation des expériences vécues par les femmes, plus spécifiquement de la maternité, afin de mieux saisir le lien entre le problème de la dépression postnatale et les discours sur les femmes et les mères dans la dernière section du chapitre.

¹²⁰ Romito, P. (1990) *La naissance du premier enfant*, Paris : Delachaux et Niestle, p.249.

2.2.1. Définir la médicalisation et le modèle biomédical

Dans le chapitre *The Social Construction of Medical Knowledge*, Freund et McGuire définissent la médicalisation comme un processus de légitimation médicale pour le contrôle d'une « aire » de la vie ou d'une expérience vécue¹²¹. Ce processus s'effectue souvent en établissant la primauté d'une interprétation médicale sur cette aire ou cet événement. La médicalisation s'inscrit au sein du modèle biomédical. Selon Freund et McGuire, ce modèle rassemble « un nombre de prémisses au sujet du corps et de la maladie qui forment la base du système de connaissances médicales¹²² ». Deborah Lupton liste cinq caractéristiques du modèle biomédical¹²³. La première est qu'il existe un *dualisme entre le corps et l'esprit* associé au modèle biomédical puisque selon ce modèle, les « vraies » maladies sont dans le corps et non dans l'esprit. Deuxièmement, il existe un *réductionnisme physique* où les maladies sont expliquées par un dysfonctionnement physique et non par le contexte de vie des individus. Vient ensuite l'*étiologie spécifique* où en plus d'expliquer les maladies par des causes physiques, il n'existe qu'une seule et unique cause à ces maladies. Le *corps-machine* constitue également une des caractéristiques de ce modèle, le corps est ici présenté comme étant en pièces détachées, les pièces n'ayant pas de lien les unes avec les autres. Finalement, le corps malade est vu comme un corps en perte de contrôle, le *corps* étant, normalement, *contrôlé*.

Selon ce modèle, il existerait une séparation entre le corps et l'esprit où le corps est pris comme un objet. Toujours selon Freund et McGuire, une réification du même genre s'effectue pour les maladies qui sont alors perçues comme des entités potentiellement

¹²¹ Freund, P. et McGuire, M. (1991). "The Social Construction of Medical Knowledge" (chap.9, p.203-229), *Health, Illness, and the social Body*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, p.213.

¹²² *Ibid.*, p. 226.

¹²³ Lupton, D. (2000) "The social construction of medicine and the body" (chap. 1.4 p.50-63) in G.L. Albrecht, R. Fitzpatrick, S.C. Scrimshaw, *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications, 546 p.

identifiables qui « apparaissent » dans l'individu¹²⁴. On oublie alors le processus social par lequel la notion de maladie est produite au profit d'une vision exclusivement individuelle. Cette vision de la maladie s'associe à une tendance à affirmer que l'individu est responsable de sa maladie. Pour eux, il s'agit du « blâme de la victime » qui se veut une façon de justifier que la victime porte seule la responsabilité de son sort sans tenir compte du contexte d'émergence de la maladie¹²⁵. Par exemple, plutôt que de regarder les conditions de travail qui créent le stress, l'attention est portée sur la réponse de l'individu à ce stress. Le modèle biomédical, par les prémisses sur lesquelles il repose et par leur impact sur les connaissances dans le domaine médical, ainsi que la médicalisation, processus qui vient intégrer des expériences vécues à ce même modèle, touchent donc diverses sphères de la vie. Les écrits relèvent fréquemment l'importante médicalisation des sphères de la vie des femmes qui caractérise la société occidentale actuelle. Il existe d'ailleurs des spécialisations médicales, la gynécologie et l'obstétrique, réservées aux femmes. Cependant, sous quelles formes cette médicalisation se manifeste-t-elle chez les femmes et les mères ?

2.2.2. La médicalisation de l'expérience vécue par les femmes et de la maternité

Selon plusieurs auteurs^{126,127}, la médicalisation de l'expérience vécue par les femmes fait référence aux aspects de la vie des femmes qui sont placés sous une étiquette médicale sans que ceux-ci ne soient d'ordre pathologique à l'origine. Il existerait donc une gestion biomédicale du corps des femmes. Selon Maria De Koninck, ce processus de gestion est lié à l'intériorisation de la médicalisation chez les femmes¹²⁸. De Koninck propose de plus que la

¹²⁴ Freund, P. et McGuire, M., *op.cit.*, p.216.

¹²⁵ *Ibid.*, p.218.

¹²⁶ De Koninck, M. (1995). « La gestion biomédicale du corps des femmes : un progrès ? » (p.33-42) dans Bouchard, L. et Cohen, D. (dir.), *Médicalisation et contrôle social : actes du colloque tenu le 17 mai 1994 à l'Université du Québec à Montréal dans le cadre du 62^e Congrès de l'ACFAS*, Les cahiers scientifiques, Québec, 173 p.

¹²⁷ Freund, P. et McGuire, M., *op.cit.*

¹²⁸ De Koninck, M., *op.cit.*, p.34.

gestion biomédicale constitue désormais une composante essentielle du rapport des femmes à leur propre corps. Selon Freund et McGuire, le cas de la ménopause est particulièrement éloquent puisque ce phénomène, qui touche toutes les femmes, est inscrit dans *The International Classification of Diseases* depuis 1989¹²⁹. Cela s'expliquerait par le fait que ce processus biologique apporte certains « symptômes » qui font de lui une maladie.

Selon De Koninck¹³⁰, la médicalisation des expériences vécues par les femmes est associée à la spécificité biologique des femmes et s'effectue surtout par rapport à la reproduction. Les définitions biomédicales font en sorte que les expériences liées à la reproduction sont vues comme porteuses de risques de pathologie. Par exemple, De Koninck¹³¹ mentionne que l'on a d'abord eu recours à la médecine dans le cadre de la grossesse pour réduire les probabilités de mourir en donnant la vie. Les femmes souhaitaient également réduire les douleurs provoquées par l'accouchement.

Par ailleurs, Christine Detrez propose que l'accouchement, tel que conçu au cours des dernières décennies, constitue une illustration très claire de la dépossession de la femme de son propre corps¹³². Au profit, notamment, de l'homme et de la médecine. Elle remarque que « jusqu'au 18^e siècle, l'accouchement est [...] une affaire de femmes, un acte naturel relevant de l'espace privé et des connaissances empiriques des matrones. Quand l'obstétrique se constitue comme savoir, le médecin accoucheur s'impose¹³³ ». Dans le même sens, Danielle Gauvreau propose qu'au Québec certains changements majeurs sont survenus durant les

¹²⁹ Freund, P. et McGuire, M., *op.cit.*, p.209.

¹³⁰ De Koninck, M., *op.cit.*

¹³¹ *Idem.*

¹³² Detrez, C. (2002). *La construction sociale du corps*, France : Éditions du Seuil.

¹³³ Detrez, C., *op.cit.*, p.186.

derniers siècles par rapport aux pratiques et aux façons de vivre la grossesse et l'accouchement.

D'abord, « la présence sans cesse accrue des médecins et le contrôle qu'ils exercent, par opposition au temps où les sages-femmes effectuaient les accouchements ; [Ensuite,] le développement de certaines techniques médicales [ainsi que] le déplacement du lieu de l'accouchement de la maison à l'hôpital ; [et finalement,] la diminution de la fécondité et l'amélioration des conditions de vie de la population¹³⁴ ».

Dykes, par son étude de l'expérience des moments vécus tout de suite après la naissance du bébé¹³⁵, fait resurgir l'image du modèle biomédical comme étant empreint des idées cartésiennes¹³⁶. Elle remarque, dans le discours des nouvelles mères qu'elle a interrogées, une vision de la naissance et de l'allaitement où le corps et l'esprit sont divisés.

Une augmentation importante de l'hospitalisation liée à l'accouchement et à la période postnatale est observée au début du 20^e siècle, en Europe et aux États-Unis. La naissance devient un phénomène qui est géré par le médical. Les femmes deviennent parties prenantes d'une logique industrielle de production, comme le disait Sommerfeld précédemment¹³⁷. Dykes mentionne que selon cette logique, la femme est l'ouvrière, son utérus est la machine, son bébé le produit et le médecin est le superviseur¹³⁸. Le professionnel de santé devient donc un peu le « responsable de la production ».

¹³⁴ Gauvreau, D. (1991) « Destins de femmes, destins de mères : Images et réalités historiques de la maternité au Québec », *Recherches Sociographiques*, XXXII, 3, p.335.

¹³⁵ L'échantillon a été construit à partir de deux hôpitaux du Royaume-Uni où des femmes, venant tout juste de donner naissance à un enfant, ont été sélectionnées ainsi que des sages-femmes. L'auteur a observé les femmes dans leur expérience de l'allaitement, pour une période de 3 à 5 heures chaque fois et a réalisé des entrevues avec 106 nouvelles mères, toujours à l'hôpital, et 37 sages-femmes.

¹³⁶ Dykes, F. (2005). "Supply and demand: breastfeeding as labour". *Social Science & Medicine*, 60, 10, p.2283-93.

¹³⁷ Sommerfeld, D., *op. cit.*

¹³⁸ Dykes, F., *op.cit.*, p.2285.

L'étude des pratiques liées à l'allaitement est d'ailleurs porteuse d'indices quant aux éléments prépondérants du discours biomédical et de son influence sur les mères. Selon Dykes, le lait maternel est décrit comme un élément « hors-corps » que l'on doit fournir au bébé pour assurer son bien-être, un impératif à sa bonne santé. Dans le même sens, l'allaitement n'est pas seulement décrit, de manière discursive, comme la production d'une substance, mais il serait aussi vécu comme tel par les mères. L'analyse du discours des mères à propos de l'expérience de l'allaitement révèle, selon Dykes, un clivage entre le corps et l'esprit, clivage caractéristique du modèle biomédical. D'ailleurs, cette manière duelle de voir ou de comprendre le corps n'est que renforcée par le contexte hospitalier dans lequel les femmes s'inscrivaient lors des entretiens.

2.3. Les dépressions des mères

S'il y a médicalisation de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement, qu'en est-il des sentiments vécus par les mères ? La vision selon laquelle les mères seraient plus susceptibles de souffrir de dépression est-elle également la conséquence d'une médicalisation de la maternité ? Le discours sur le rôle de mère aurait-il contribué à l'émergence d'une certaine médicalisation de cette dépression ? L'influence du discours sur le rôle de mère se révélerait peut-être dans le fait que certaines ne veulent pas être critiquées ou ridiculisées parce qu'elles ne vivent pas le moment de la naissance de leur enfant comme un instant de bonheur complet. Selon certains chercheurs, le fait de ressentir des sentiments dépressifs à ce moment de leur vie est difficilement communicable pour les nouvelles mères¹³⁹. La souffrance vécue serait perçue comme anormale et inacceptable¹⁴⁰. Le rôle de mère n'étant plus comblé, les femmes auraient l'impression qu'elles ne peuvent agir de la « bonne façon » et ressentent encore plus de culpabilité. Ici réside l'enjeu de la médicalisation de l'expérience vécue par les mères : le fait de ne pas être en mesure de répondre à la norme établie, relative au discours sur le rôle de

¹³⁹ Everingham, C.R., Heading, G. and L. Connor., *op.cit.*

¹⁴⁰ Chabrol, H. (1998). *Les dépressions de la maternité*, collection Que sais-je ?, Paris : PUF, p.27.

la mère présent dans la société actuelle, serait à l'origine de la volonté de définir la dépression postnatale comme une maladie.

Everingham, Heading et Connor ont tenté de définir le « cadre » dans lequel s'inscrit la pensée des femmes et celle des hommes par rapport à la dépression postnatale¹⁴¹. L'analyse du cadre de l'expérience renvoie aux théories de Erving Goffman et permet d'identifier, de décrire les éléments qui viennent définir une situation pour un ou plusieurs individus. Les auteurs soulèvent que le cadre adopté par les femmes est lié à leur « identité » en tant que mères. Comme elles souffrent d'une dépression, elles se sentiraient atteintes dans leur expérience de « mère en devenir » ne pouvant accomplir ce qu'on attend d'elles socialement. Plus même, on soulève que l'anxiété qu'elles ressentent est vécue en fonction de ce qu'elles perçoivent comme attentes sociales face à leur rôle de mère. L'influence du discours sur le rôle de mère serait notable puisque les femmes sentiraient qu'elles ne correspondent plus aux normes de la maternité qui sont préétablies. Cet éloignement de la norme s'associe, selon ces auteurs, à un diagnostic de dépression postnatale, donc à la prise en charge médicale d'une expérience de la vie de ces mères.

Les principaux éléments du cadre relevé par Everingham, Heading et Connor sont constitués de propositions en lien avec l'idée de ce que doit être « une bonne mère ». Ainsi, il y a en premier lieu l'idée selon laquelle les femmes sont instinctivement de bonnes mères. Dans les sociétés occidentales, comme le rapportent les auteurs ici, le concept « d'instinct maternel » est très présent. L'aptitude à élever des enfants viendrait naturellement aux mères. Cette naturalisation du rôle de la mère ne fait donc qu'amplifier le sentiment d'échec lorsqu'une femme souffre de dépression à la période postnatale. Un autre élément du cadre est que « la bonne mère » a un « bon enfant ». Les problèmes vécus par les femmes avec leur bébé sont donc une source d'anxiété importante puisqu'elles se doivent de connaître tous les besoins de l'enfant et de les anticiper. Les difficultés à surmonter lorsqu'elles ont un bébé sont vues comme une perte de contrôle qu'une mère ne peut pas se permettre. Comme nous l'avons vu

¹⁴¹ Everingham, C.R., Heading, G. and L. Connor., *op.cit.*

dans la section sur le discours portant sur le rôle de mère, l'idée que celle-ci soit responsable du développement de son enfant est prépondérante. Everingham, Heading et Connor effectuent également une analyse du discours des pères face à la dépression de leur conjointe qui fait ressortir plusieurs différences notables dans la façon dont le couple perçoit et comprend la dépression. À titre d'exemple, les pères expliqueraient la dépression de leur conjointe par des facteurs biologiques contrairement aux mères qui fourniraient plutôt une explication sociale, tel que mentionné précédemment. Ainsi, l'analyse du discours des mères sur la maternité et la dépression est primordiale selon ces trois auteurs.

Cette idée de trouver une théorie ancrée dans l'expérience des femmes, c'est-à-dire à l'aide de leur langage et de leurs concepts, va tout à fait dans le sens de la tradition féministe. Mauthner¹⁴² explique que ce courant recherche la compréhension d'un phénomène par le récit des femmes. Selon elle, les recherches féministes sur la dépression postnatale sont particulièrement intéressantes puisqu'elles permettent de décrire de façon plus détaillée les conditions sociopolitiques et ce qui structure la façon dont les parents élèvent leurs enfants dans la société occidentale contemporaine¹⁴³. Par exemple, elles auront tendance à associer la dépression chez les femmes à leur statut qui serait vu comme inférieur dans la société, à l'isolement social, au partage des tâches inégal selon le sexe et à la médicalisation de la maternité, par exemple. La dépression postnatale est dès lors définie comme une construction sociale plutôt que comme un problème médical. Les travaux de Patrizia Romito s'inscrivent au sein de cette perspective féministe puisqu'elle propose que « la dépression est liée aux conditions défavorables de [l'] environnement social¹⁴⁴ » des femmes. Les dépressions chez les mères seraient alors prises comme des éléments sujets aux changements et sensibles au contexte de vie des femmes. Cette vision de la dépression s'inscrit en rupture avec la perspective médicale.

¹⁴² Mauthner, N.S. (1998) "It's a Woman's Cry for Help: A Relational Perspective on Postnatal Depression", *Feminism Psychology*, 8, p. 325-355.

¹⁴³ Mauthner, N.S., *op.cit.* p.328.

¹⁴⁴ Romito, P., *op.cit.*, p.245.

Selon les critiques féministes rapportées par Mauthner, le modèle biomédical de la dépression postnatale dévalorise la parole et l'expérience vécue par les femmes¹⁴⁵. Le modèle médical décrit la dépression postnatale comme une pathologie individuelle. Cette vision ne permet donc pas de saisir la nature sociale et le contexte d'émergence de la détresse. Par ailleurs, Mauthner mentionne que le modèle biomédical serait toutefois bénéfique pour trouver les liens entre la dépression postnatale et les éléments influençant l'humeur des femmes. Des critiques féministes présentent comme normal le fait que les mères soient déprimées. En effet, ce sentiment peut être perçu comme une réponse adéquate à l'accouchement, à la grossesse et à la nouvelle maternité. Toujours selon Mauthner, cela néglige toutefois le fait que ce ne sont pas toutes les mères qui sont déprimées¹⁴⁶. Elle ajoute aussi que cette vision de « normalité » vient minimiser les sentiments vécus comme terrifiants et anormaux par les mères. Il y aurait donc une certaine dépréciation de la maternité par certaines critiques féministes. La maternité y serait décrite comme une perte. Cette vision est influencée par le fait que les chercheuses s'inscrivant au sein de ce courant ont une position aspirant à l'égalité avec tout ce qui dévalorise la maternité et les tâches qui y sont associées. Cependant, est-ce réellement la bonne façon de voir les mères ? Dans l'un ou l'autre des cas, soit la valorisation ultime de la maternité ou la dépréciation de celle-ci, des problèmes demeurent.

L'enjeu principal est donc de comprendre de quelle façon les femmes décrivent les problèmes de santé physique ou mentale qu'elles vivent. Stoppard et Gammell¹⁴⁷ proposent que les femmes aient tendance à ne pas se soucier des problèmes de santé mentale qu'elles ressentent tandis que certains professionnels de la santé apposeraient une étiquette de « symptômes de dépression » à ces mêmes problèmes. Les femmes choisiraient plutôt de consulter un professionnel lorsqu'elles se voient dans l'incapacité d'effectuer les tâches du quotidien, au travail ou à la maison. La persistance de cette incapacité serait perçue par les femmes comme

¹⁴⁵ Mauthner, N.S., *op.cit.* p.327.

¹⁴⁶ Mauthner, N.S., *op.cit.* p.330.

¹⁴⁷ Stoppard, J.M. et Gammell, D.J. (2003) "Depressed Women's Treatment Experiences : Exploring Themes of Medicalization and Empowerment" dans Stoppard, J.M. et McMullen, L.M. (ed.), *Situating Sadness : Women and Depression in Social Context*, New York et Londres : New York University Press, p.41.

un indicateur du fait que « quelque chose ne tourne pas rond avec moi ». Le fait de se sentir déprimées et de ne pouvoir remplir leurs responsabilités quotidiennes est alors conceptualisé par les femmes comme étant le symptôme d'une maladie. Il y a là un lien à faire entre cette façon qu'ont les femmes d'exprimer l'expérience qu'elles vivent et l'insistance de certaines critiques féministes à vouloir comprendre la dépression comme la résultante d'un contexte de vie problématique plutôt que comme une maladie causée par des dérèglements biochimiques du corps.

2.4. Conclusion

Ainsi, tout porte à croire que les mères « doivent » être heureuses après l'accouchement, le cas contraire représente un problème, plus même, un problème d'ordre médical. Le fait de ne pas correspondre à cette norme, pour les nouvelles mères, pourrait être vu comme étant à la source de sentiments de déprime. Le fait d'apposer une étiquette médicale à ce type de sentiments relève d'un processus de médicalisation. D'un point de vue plus global, nous posons aussi que le discours sur le rôle de mère a influencé l'émergence d'un discours spécifique sur la dépression postnatale. En ce sens, nous posons une première hypothèse de recherche. En effet, cette médicalisation de l'expérience vécue des femmes nous porte à croire que la dépression chez les nouvelles mères ne se distinguera pas de la dépression chez les mères d'enfants plus âgés, et cela tant en ce qui a trait aux facteurs associés à la présence de symptômes dépressifs qu'à la fréquence du phénomène à chacun des temps observés.

Comme mentionné précédemment, certaines critiques féministes recherchent la rupture avec le modèle biomédical de la dépression. Cette dernière est alors perçue comme pouvant émaner d'un contexte de vie présentant des difficultés pour les mères. C'est en suivant cette logique qu'une autre hypothèse de recherche de ce mémoire de maîtrise est posée. En effet, nous croyons que le contexte de vie des mères aura une influence sur la présence de symptômes de dépression chez celles-ci. L'expression « contexte de vie » fait ici référence à la situation professionnelle, à la vie conjugale et au partage des tâches ménagères en plus de celles relatives aux soins à l'enfant. Nous chercherons donc à replacer la dépression

postnatale dans son contexte. Cette démarche nous permettra de mieux saisir la nature sociale des sentiments dépressifs ainsi que l'environnement dans lequel s'inscrit la détresse psychologique des mères.

CHAPITRE 3

METHODOLOGIE

Le but premier de notre recherche est d'étudier le caractère spécifique des dépressions dites « postnatales », soit celles présentes dans les premières semaines suivant l'accouchement en comparaison de celles qui sont présentes à d'autres périodes de la vie. Nous avons donc cherché d'abord à étudier la proportion de femmes qui présente des symptômes de dépression à plusieurs moments au cours des cinq années qui suivent l'accouchement. Logiquement, s'il existe une dépression « spécifique » qui est susceptible de survenir suite à la naissance d'un enfant, la proportion de femmes qui présentent des symptômes de dépression devrait être plus élevée à cette période que durant les années subséquentes. Par la suite, nous avons étudié les facteurs associés à la présence de symptômes de dépression à la période postnatale et aux autres temps à l'étude. Ainsi, si les dépressions présentes à la période postnatale diffèrent de celles présentes plus tard après l'accouchement, les facteurs associés à la présence des symptômes dépressifs devraient être différents.

La voie que nous avons choisie pour étudier la question de la spécificité de la dépression postnatale est celle des méthodes quantitatives. Ainsi, nous avons évalué à grande échelle la proportion de femmes du Québec présentant des symptômes de dépression dans les cinq années suivant l'accouchement. Pour ce faire, nous avons utilisé les données tirées d'un échantillon de plus de 1700 répondantes, soit celui de l'Étude longitudinale du

développement des enfants du Québec (ÉLDEQ), réalisée par la Direction Santé Québec¹⁴⁸. Afin d'avoir le plus grand échantillon possible, nous avons sélectionné cette base de données de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) pour effectuer des analyses de données secondaires sur une même cohorte de mères, suivies à intervalles réguliers, jusqu'à cinq ans après l'accouchement.

3.1. L'utilisation de données secondaires

Le fait d'utiliser les « éléments informatifs rassemblés pour des fins autres que celles pour lesquelles les données avaient été recueillies initialement¹⁴⁹ » constitue une analyse secondaire de données. C'est ce que nous avons effectué dans le cadre de notre recherche. Nous verrons dans les sections suivantes que les données de l'ÉLDEQ, bien que recueillies dans le but d'en apprendre plus sur la situation de vie des enfants au Québec, nous ont tout de même permis de viser un autre objectif, soit d'évaluer la présence de symptômes de dépression chez les mères après l'accouchement.

Comme le précisent Turgeon et Bernatchez¹⁵⁰, le principal avantage de l'utilisation de données secondaires est que cette méthode de recherche permet de réduire l'investissement en temps et les frais liés à la collecte de données. Dans le cadre de la recherche que nous présentons, il aurait été impensable d'étudier un échantillon d'une taille aussi importante sans l'utilisation de données secondaires. L'ÉLDEQ ayant été menée par l'ISQ, cela nous assure

¹⁴⁸ Thibault, J., M. Jetté et H. Desrosiers (2001). « Aspects conceptuels et opérationnels, section I – Conception de la phase I de l'ÉLDEQ, instruments et déroulement » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, no 12, 63 p.

¹⁴⁹ Turgeon, J. et Bernatchez, J. (2009), *Les données secondaires*, dans « Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données » 5^e édition sous la direction de Gauthier, B., Les presses de l'Université du Québec, Québec, p.489-528.

¹⁵⁰ *Idem*.

en plus de la bonne qualité des données et du respect d'un cadre éthique solide. Stewart¹⁵¹ suggère que l'utilisation de données secondaires permet également de pousser plus loin les enquêtes par l'approche de nouveaux problèmes de recherche, par la formulation de nouvelles hypothèses et par l'utilisation de nouvelles méthodes. C'est ce que nous proposons en étudiant la santé psychologique des mères avec les données de l'ÉLDEQ, cette étude ayant été conçue au départ pour évaluer le développement des enfants.

3.2. Description générale de l'ÉLDEQ

Des distinctions sont à faire entre le processus de recherche de l'ÉLDEQ elle-même, soit celui suivi par le personnel de la Direction Santé Québec et l'ISQ, et le processus de recherche relatif à l'étude présentée dans le cadre de ce mémoire de maîtrise. Les sections suivantes concerneront les principaux éléments méthodologiques de l'ÉLDEQ, soit l'échantillonnage et les méthodes de collecte, les considérations éthiques, le traitement des données et, finalement, la pondération. Nous exposerons donc ici les facettes de l'ÉLDEQ avec lesquelles nous avons eu à composer dans le cadre de notre recherche.

3.2.1. L'échantillonnage et les méthodes de collecte de l'ÉLDEQ

Le but premier de l'ÉLDEQ est de dresser un portrait longitudinal du contexte de vie des enfants du Québec. L'un des objectifs de cette enquête est de parvenir à l'identification des facteurs qui contribueraient, durant la petite enfance, à l'adaptation sociale et à la réussite scolaire¹⁵². Pour ce faire, une cohorte représentative des enfants nés au Québec en 1997-1998 est interrogée de façon annuelle depuis 1998. L'ÉLDEQ est d'ailleurs toujours en cours. Les données que nous avons utilisées dans le cadre de ce mémoire ne contiennent qu'une partie des données de l'ÉLDEQ, soit celles compilées entre 1997 et 2002.

¹⁵¹ Stewart, D. W. (1993), *Secondary Research : Information Sources and Methods*, 2^e édition, Newbury Park, Sage, 133p.

¹⁵² Thibault, J., M. Jetté et H. Desrosiers., *op.cit.*

C'est à partir du Fichier maître des naissances du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) que les enfants ont été sélectionnés¹⁵³ selon une stratégie de stratification complexe¹⁵⁴ (non aléatoire). Dans le but de maximiser le taux de réponse, les familles choisies ont été contactées tous les trois mois, et ce, par trois moyens de communication principaux. D'abord, une fois par année, une lettre d'introduction a été envoyée aux familles afin de leur annoncer qu'elles devaient bientôt prendre un rendez-vous avec la firme de sondages responsable de la collecte pour réaliser l'entrevue. Ensuite, au printemps et à l'automne, les parents qui avaient accepté de participer ont reçu une brochure intitulée *Communiqués*. Cela a permis aux parents d'être informés sur tous les aspects de l'enquête et de recevoir certains résultats de recherche en primeur. Finalement, les enfants ont reçu, à leur anniversaire, une carte de souhaits de la part de Santé Québec. Les familles ont également bénéficié d'une compensation monétaire annuelle de 20 \$ pour les deux heures nécessaires à l'entrevue permettant de remplir les divers questionnaires.

L'ÉLDEQ comprend en tout huit instruments de collecte qui sont utilisés chaque année. Ces instruments comprennent cinq questionnaires différents, dont trois ont été remplis par la personne qui connaît le mieux l'enfant, dans la plupart des cas la mère biologique. Les deux autres questionnaires concernent soit la mère, soit le père de l'enfant cible. Ces questionnaires ont été remplis lors d'une entrevue avec un intervieweur de l'ISQ. S'ajoute à cela l'inventaire du milieu familial (IMF) qui est complété par l'intervieweur lui-même, le test « imitation de placements d'objets (IPO) » que l'intervieweur a fait passer à l'enfant et, finalement, le journal de bébé (JDB) qui a été complété par la mère, le père ou toute autre personne qui s'occupe de l'enfant.

¹⁵³ Jetté, M. et L. Des Groseilliers (2000). "L'enquête : description et méthodologie" dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, no 1, 176 p.

¹⁵⁴ Pour plus de détails sur la façon de construire l'échantillon veuillez consulter le document produit par l'ISQ qui présente la description de l'enquête et la méthodologie utilisée : Jetté, M. et L. Des Groseilliers (2000). "L'enquête : description et méthodologie" dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, no 1, 176 p.

3.2.2. Considérations éthiques

En plus des instruments de collecte, deux formulaires devaient être remplis par les parents.

Le premier formulaire concerne le consentement libre et éclairé des parents. Ce formulaire

« précise le partenariat avec les chercheurs, confirme que le contenu de l'enquête a bien été expliqué aux parents, réitère les aspects de confidentialité et d'anonymat qui régissent l'enquête et assure aux parents le droit de refuser ou de se retirer de l'enquête sans préjudice et en tout temps¹⁵⁵ ».

Le guide méthodologique de l'ÉLDEQ mentionne qu'il est préférable que ce formulaire soit signé annuellement par l'un ou l'autre des parents de l'enfant, mais que cela n'est pas obligatoire pour participer à l'enquête. Le deuxième formulaire concerne l'autorisation de communiquer des renseignements contenus aux dossiers de la mère et du bébé. Il s'agit là d'un formulaire obligatoire qui doit être signé par la mère biologique de l'enfant au début de l'enquête devant un témoin, soit l'intervieweur. Le but de ce formulaire est d'acquiescer l'autorisation de la mère pour l'obtention d'informations provenant de l'hôpital ou de la maison de naissance où elle avait accouché¹⁵⁶.

De plus, tous les chercheurs désireux de travailler sur les données de l'ISQ doivent proposer un projet de recherche qui doit être approuvé par cette institution. Par la suite, le travail de chaque chercheur est régi par un contrat le liant à l'Institut et permettant d'assurer la protection des renseignements personnels et confidentiels des répondants de l'enquête utilisée.

3.2.3. Traitement des données

Une fois les questionnaires compilés, les données ont fait l'objet d'une double saisie et d'une validation intersaisies qui ont été effectuées par la maison de sondage ayant réalisé les collectes. Il s'agit ici d'étapes essentielles pour la validation des données de l'enquête. La

¹⁵⁵ Jetté, M. et L. Des Groseilliers, *op.cit.*, p.22.

¹⁵⁶ *Idem.*

maison de sondages est également responsable de la validation des questionnaires papier. Finalement, c'est la Direction Santé Québec qui a examiné les données afin de voir s'il y avait présence de valeurs aberrantes. Ces dernières ont ensuite été retirées du fichier de données.

3.2.4. Pondération

« Afin de procéder à l'inférence des données de l'échantillon à la population visée, on a attribué à chaque répondant de l'enquête une valeur (un poids) correspondant au nombre de nourrissons qu'il « représente » dans la population¹⁵⁷ ». Cette démarche permet de tenir compte de la non-réponse et de minimiser les biais relatifs à l'hypothèse selon laquelle les personnes répondantes puissent être différentes des personnes non-répondantes¹⁵⁸. Trois séries de poids sont présentes dans l'ÉLDEQ afin de tenir compte du taux de réponse qui varie selon l'instrument de collecte. Aux fins de notre recherche, seuls les poids associés aux mères ont été utilisés.

3.3. Utilisation des données de l'ÉLDEQ pour la réalisation de ce mémoire

Les sections précédentes ont exposé les divers éléments méthodologiques propres à l'ÉLDEQ et avec lesquels nous avons eu à composer lors de la mise en place de notre propre méthodologie afin d'étudier la présence de symptômes de dépression chez les mères dans les cinq années qui suivent l'accouchement. L'ÉLDEQ étant une enquête vaste et comportant de multiples volets, nous avons effectué certains choix parmi toutes les données disponibles, nous limitant ainsi aux éléments nécessaires pour vérifier nos hypothèses. Les pages qui suivent présentent de quelle façon nous avons procédé à ces choix méthodologiques relatifs à la formation de notre base de données, de notre échantillon et des variables que nous avons analysées.

¹⁵⁷ Thibault, J., M. Jetté et H. Desrosiers, *op. cit.*, p.23.

¹⁵⁸ Plante, N., Tremblay, M-È. et Courtemanche, R. (2004), *Pondération des données du volet 2003 : poids longitudinaux et transversaux*, Institut de la statistique du Québec, Québec, 18p.

3.3.1. Choix des données pour étudier la présence des symptômes de dépression après l'accouchement

Un avantage non négligeable de l'ÉLDEQ est que les données recueillies à l'aide des divers instruments nous ont permis de travailler sur d'autres champs d'analyse que ceux prévus au départ par l'ISQ. Comme cette enquête propose une série de questions adressées aux parents des enfants formant l'échantillon, des informations sur ceux-ci sont également disponibles. C'est pourquoi les données que nous avons utilisées dans le cadre de ce projet de recherche se limitent à celles concernant les mères des enfants initialement ciblés par l'enquête.

Nous avons choisi des données qui permettent de mesurer la présence de symptômes de dépression, mais également qui permettent de dresser un portrait complet des répondantes au sujet de leur situation socio-économique, de leur vie conjugale, etc. Ainsi, nous pourrions également étudier le contexte de vie des mères. Aux fins de notre recherche, seuls deux questionnaires, ceux qui contiennent les variables relatives aux mères, ont été pris en considération :

- Le questionnaire informatisé rempli par l'intervieweur (QIRI) : ce questionnaire contient les données sociodémographiques; les données concernant l'enfant directement, notamment sur les plans de la santé, de l'alphabétisation et du tempérament; les données générales sur les parents. Comme les enfants qui composent l'échantillon ne sont pas en âge de répondre eux-mêmes au questionnaire, c'est la « personne qui connaît le mieux l'enfant » (PCM) qui se charge de donner les renseignements nécessaires. Dans la majeure partie des cas, c'est la mère biologique qui constitue cette personne. Ainsi, dans le cadre de notre recherche, nous avons pu sélectionner les mères biologiques ayant répondu à ce questionnaire.
- Le questionnaire auto-administré de la mère (QAAM) : dans ce cas-ci, la répondante est la mère biologique de l'enfant ou la conjointe du père biologique. Pour les

besoins de notre recherche, seules les mères biologiques ont été retenues¹⁵⁹. Le QAAM comprend des questions sur les mères spécifiquement. Ainsi, les sujets abordés directement avec celles-ci touchent la santé physique et psychologique, le statut socioéconomique et l'emploi, de même que la vie personnelle (les loisirs par exemple) et la vie conjugale.

De plus, dans le but de répondre à nos questions de recherche portant sur le caractère spécifique de la dépression postnatale, exposées en détail dans la section 3.4.1, nous avons examiné uniquement les données du suivi longitudinal. Nous avons basé nos analyses sur les questionnaires de l'ÉLDEQ où les questions permettant d'évaluer la présence de symptômes de dépression ont été posées et qui étaient disponibles au moment de débiter notre projet. Les temps que nous avons ainsi choisis sont : 5 mois, 1 an et demi, 3 ans et demi et environ 5 ans¹⁶⁰ depuis la naissance de l'enfant.

3.3.2. Population et échantillon analysés

Notre population analysée est la suivante : il s'agit des femmes du Québec ayant donné naissance à un enfant en 1997-1998. Tel que mentionné précédemment, notre suivi effectué sur l'échantillon est longitudinal ainsi, celui-ci se comprend de la façon suivante¹⁶¹ :

¹⁵⁹ Il est à noter que les mères adoptives ont été exclues puisque la population visée par notre étude est l'ensemble des mères du Québec ayant donné naissance à un enfant en 1997-1998, tel qu'indiqué à la section 3.3.2.

¹⁶⁰ Le dernier temps analysé correspond à l'entrée à la maternelle des enfants. C'est pour cette raison que la passation des questionnaires s'est échelonnée sur plusieurs mois.

¹⁶¹ Il est important de noter que les données présentées sont celles qui sont pondérées. Elles diffèrent donc du nombre « réel » que l'on retrouverait sans pondération. La politique de l'ISQ en matière de divulgation de résultats impose aux chercheurs l'utilisation de poids afin de maximiser l'inférence à la population visée. Ainsi, chaque unité répondante s'associe à un poids qui correspond au nombre de bébés visés par l'enquête et « représentés » par le ou la répondante(e).

Tableau 3.1 : Échantillon à chacun des temps

Premier temps Enfant 5 mois	Deuxième temps Enfant 1 an et demi	Troisième temps Enfant 3 ans et demi	Quatrième temps Enfant environ 5 ans
2041 répondantes	1977 répondantes	1763 répondantes	1336 répondantes

La taille de notre échantillon correspond au nombre de mères biologiques des enfants cibles ayant répondu aux questions mesurant la présence de symptômes de dépression. Toutefois, la majorité de nos analyses ont été effectuées sur les femmes ayant répondu à l'ensemble des questionnaires relatifs aux quatre temps de mesure retenus dans le cadre de cette recherche (N total=1718¹⁶²). En d'autres termes, pour la majeure partie des analyses, uniquement les mères présentes aux quatre temps de l'enquête ont été étudiées. Les « non-répondantes », soit celles perdues au fil du temps, ont été exclues de certaines analyses. Nous avons aussi exclu les répondantes ayant donné naissance à un autre enfant durant les trois dernières périodes de collectes que nous avons sélectionnées afin de nous assurer qu'aucune autre grossesse n'ait pu influencer sur leur état de santé psychologique. De plus amples informations sur l'exclusion des répondantes (N=644¹⁶³) sont fournies dans la section 3.5.2.

3.4. Questions et hypothèses de recherche

Au sein de cette section, nous présentons de manière plus explicite les questions et hypothèses de recherche qui ont guidé les analyses que nous avons effectuées dans le cadre de ce mémoire.

3.4.1. Questions de recherche

Rappelons que notre objectif de recherche est d'étudier le caractère spécifique des dépressions dites « postnatales », soit celles présentes dans les premières semaines suivant

¹⁶² 1718 correspond au nombre « réel » de mères comprises dans l'échantillon. Ce nombre varie selon les analyses que nous avons effectuées puisque la pondération vient alors jouer sur ce nombre.

¹⁶³ 644 correspond au nombre « réel » de mères exclues de l'échantillon.

l'accouchement en comparaison de celles qui sont présentes à d'autres périodes de la vie. Afin d'explorer cette question, nous proposons deux voies d'analyse. La première vise à mesurer la proportion de mères qui présente des symptômes de dépression, au cours des quatre périodes de l'étude. Nous pourrions ainsi comparer la fréquence des « dépressions » présentes à la période postnatale et la fréquence des « dépressions » chez les mères d'enfants plus âgés. Rappelons que la logique de cette analyse est basée sur le postulat suivant : si une dépression « spécifique » est susceptible de survenir suite à un accouchement, la proportion de femmes présentant des symptômes de dépression devrait être plus élevée à cette période que durant les années suivantes. La seconde voie d'analyse consiste à étudier les facteurs associés à la présence de symptômes de dépression à la période postnatale et aux autres périodes choisies. Nous basons cette analyse sur un postulat similaire : si les dépressions dites postnatales diffèrent des dépressions présentes chez les mères d'enfants plus âgés, les facteurs associés à la présence de symptômes de dépression devraient également être différents selon le moment de mesure.

Ainsi, l'analyse des données que nous avons effectuée a été guidée par deux interrogations principales. Premièrement, est-il plus fréquent de présenter des symptômes de dépression à la période postnatale soit, dans l'année qui suit une naissance, que dans les années subséquentes? Deuxièmement, y a-t-il une différence entre les facteurs liés à la présence de symptômes de dépression chez les mères cinq mois après la naissance de leur enfant (période postnatale) et ceux liés à la présence de symptômes de dépression à un an et demi, trois ans et demi et cinq ans après cet accouchement?

3.4.2. Hypothèses de recherche

Ces deux questions de recherche se traduisent en deux hypothèses. Tout d'abord, nous questionnons le postulat sous-jacent au diagnostic de dépression postnatale qui suggère qu'il y a plus de femmes présentant des symptômes de dépression à la période du post-partum, soit dans l'année qui suit l'accouchement, qu'à d'autres moments. Pour ce faire, nous formulons notre première hypothèse de recherche dans le sens des travaux de Najman et ses

collègues¹⁶⁴, présentés dans le premier chapitre, qui ont démontré qu'au contraire les femmes sont plus nombreuses à présenter des symptômes de dépression cinq ans après l'accouchement. Nous posons tout d'abord que le pourcentage de femmes présentant de tels symptômes sera plus élevé cinq ans après l'accouchement que durant la période du post-partum. Deuxièmement, nous faisons l'hypothèse selon laquelle les facteurs associés à la présence de symptômes de dépression ne se distinguent pas d'un temps à l'autre.

3.5. Les mesures

Afin de répondre à nos deux questions de recherche, nous avons sélectionné 36 variables qui correspondent aux facteurs potentiellement associés à la dépression postnatale énoncés dans les études antérieures sur le sujet. Ainsi, les variables choisies correspondent aux caractéristiques qui donneraient sa spécificité à la dépression du post-partum qui ont été mentionnées dans le premier chapitre soit, les symptômes, la temporalité, la fréquence et les facteurs associés. Nous avons aussi effectué le choix des variables en fonction de la présence de questions similaires dans les différents questionnaires afin de pouvoir faire les comparaisons entre les différents temps que l'étude qui sont au cœur de notre questionnement.

Tous les questionnaires de l'ÉLDEQ disponibles en 2006, soit au moment de débiter notre recherche, ont été consultés et les variables qui correspondaient aux facteurs liés à la dépression postnatale ont fait l'objet d'analyses. Toutefois, les questionnaires de l'enquête utilisés à chacun des temps, bien qu'ils mesurent des éléments similaires, ne comprennent pas nécessairement les mêmes questions. Ainsi, afin de nous assurer de la continuité entre les analyses relatives à chacun des quatre temps étudiés, nous avons classé les variables en plusieurs catégories. Toutes les variables de chaque questionnaire, pour chacun des temps considérés, ont été examinées et catégorisées selon ce qu'elles mesuraient. Nous avons choisi

¹⁶⁴ Najman, J.M. *et al.*, *op. cit.*

celles qui correspondaient le mieux aux facteurs pouvant s'associer à la dépression postnatale qui ont été énoncés dans le premier chapitre. La section suivante présente les variables sélectionnées dans le cadre de notre recherche selon leur catégorie d'appartenance.

3.5.1. Évaluer la présence de symptômes de dépression

La principale variable utilisée pour nos analyses est relative à la présence de symptômes de dépression chez les mères. Les douze questions que nous avons sélectionnées et qui nous permettent d'évaluer ces symptômes forment une échelle de mesure, l'échelle CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*)¹⁶⁵. Il est important de mentionner que cette échelle n'est pas un outil diagnostique employé par les professionnels de la santé. Il s'agit plutôt d'un outil de mesure de la présence de symptômes de dépression où chacun des items correspond à un symptôme généralement associé à la dépression. L'échelle CES-D est fréquemment utilisée dans les enquêtes épidémiologiques pour mesurer la dépression au sein d'une population. Cette l'échelle autoadministrée regroupe douze items (aux premier et deuxième temps) ou six items (à tous les temps). L'échelle CES-D est présentée dans la figure 3.1. L'échelle à douze items constitue une version abrégée de celle originellement développée par Radloff en 1977. Cette version abrégée possède un coefficient de cohérence interne de 0,82¹⁶⁶.

¹⁶⁵ Radloff, L.S. (1977), "The CES-D Scale : A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population", *Applied Psychological Measurement*, vol. 1, no. 3, p.385-401.

¹⁶⁶ Jenkins, J., and Keating, D. (1999). *Les risques et la résistance chez les enfants de six et de dix ans*, Applied Research Branch, Strategic Policy, Human Resources Development Canada, Ottawa.

Figure 3.1. L'échelle CES-D douze items¹⁶⁷

<p>Je vais vous lire une série d'énoncés qui décrivent des sentiments ou comportements. En réponse à chacun, veuillez me dire combien de fois vous vous êtes senti(e) ou comporté(e) de cette façon au cours de la dernière semaine.</p>
<p>Rarement ou jamais (moins d'un jour) Parfois ou une petite partie du temps (un à deux jours) Occasionnellement ou une partie modérée du temps (trois à quatre jours) La plupart du temps ou tout le temps (cinq à sept jours) Ne sait pas Refus</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Je n'ai pas eu envie de manger ; j'avais peu d'appétit • J'ai eu le sentiment de ne pas pouvoir me débarrasser du cafard, même avec l'aide de ma famille ou de mes ami(e)s • J'ai eu de la difficulté à me concentrer sur ce que je faisais • Je me suis senti(e) déprimé(e) • J'ai eu le sentiment que tout ce que je faisais me demandait un effort • J'ai été plein/e d'espoir face à l'avenir • Mon sommeil a été agité • J'ai été heureux/heureuse • Je me suis senti(e) seul(e) • J'ai joui de la vie • J'ai pleuré • J'ai eu le sentiment que les gens ne m'aimaient pas

Pour chacune des réponses, un score, de zéro à trois, est donné afin de mesurer la fréquence de l'occurrence du symptôme¹⁶⁸. Le fait de donner un score dans le but de mesurer la fréquence est la méthode préconisée dans plusieurs recherches scientifiques utilisant l'échelle CES-D¹⁶⁹. Pour chacun des temps, nous avons créé une variable continue afin d'évaluer le score total des répondantes sur l'échelle à six items. Seuls les premier et deuxième temps de

¹⁶⁷ Direction Santé Québec. (1999), *ELDEQ : Questionnaire informatisé rempli par l'interviewer (QIRI -E1)*, Institut de la statistique du Québec, Québec, 156 p.

¹⁶⁸ Le score est donné en accordant toujours le chiffre le plus élevé à la réponse qui correspond à plus de détresse.

¹⁶⁹ Radloff, L.S., *op.cit.*

l'étude possèdent une autre variable de ce type qui a été compilée avec l'échelle à douze items. Le score total pour l'échelle à six items est de 18, comparativement à 36 pour l'échelle à douze items. Ensuite, nous avons créé des variables dichotomiques selon les seuils limites préétablis¹⁷⁰, soit 12, pour l'échelle à douze items et 6 pour l'échelle à six items. Ainsi, les variables continues décrites précédemment se divisent en deux selon le score présenté. Pour l'échelle à douze items : absence (score entre 0 et 11) ou présence de symptômes de dépression (score de 12 ou plus). Pour l'échelle à six items : absence (score entre 0 et 5) ou présence de symptômes de dépression (score de 6 ou plus).

3.5.2. Les variables associées à la présence de symptômes de dépression

Ces variables (que nous pouvons qualifier d'indépendantes dans le cas des analyses liées à la deuxième question de recherche) que nous avons intégrées dans nos analyses nous permettent de voir quels sont les facteurs qui sont associés à la présence de symptômes de dépression chez les mères au fil du temps et ainsi répondre à notre deuxième question de recherche. Les variables indépendantes ou les variables servant à expliquer la présence de tels symptômes ont été choisies parce qu'elles correspondent aux facteurs associés à la dépression postnatale énoncés dans le premier chapitre et aux caractéristiques sociodémographiques de la répondante.

Nous avons divisé en trois catégories les facteurs associés à la dépression postnatale recensés chez plusieurs auteurs^{171,172,173,174} : ceux qui relèvent soit des aspects biologiques,

¹⁷⁰ Radloff, L.S., *op. cit.*

¹⁷¹ Henshaw, C.A. et Cox, J.L., *op.cit.*

¹⁷² Lee, D.T.S. et Chung, T.K.H., *op.cit.*

¹⁷³ des Rivières-Pigeon, C., Romito, P. et Saurel-Cubizolles, M-J. (2002), *op.cit.*

¹⁷⁴ Ferreri, M., Ferreri, F. et Nuss, P., *op.cit.*

psychologiques ou psychosociaux de la nouvelle mère. Nous avons donc classé les variables que nous avons intégrées dans nos analyses selon ces catégories.

Les facteurs biologiques sont relatifs à la grossesse elle-même. Brièvement, il s'agirait ici de dire que le fait d'être enceinte viendrait affecter la santé mentale de la mère et serait associé à la présence de symptômes de dépression. Nous avons donc créé une variable pour indiquer la présence d'un « nouveau bébé » à chacun des quatre temps de l'enquête que nous avons utilisés. L'enjeu ici était de nous assurer que la grossesse n'entraîne pas en conflit avec l'état de santé mentale des mères au fil du temps. Ces mères, possiblement en période post-partum, ont été exclues des analyses bivariées que nous avons effectuées avec l'échelle CES-D. La question de l'effet de la naissance d'un enfant sur la présence de symptômes de dépression sera donc mesurée, mais uniquement à partir des données provenant des femmes n'ayant pas eu de nouvel enfant. La présence de symptômes de dépression chez ces mères sera comparée entre le premier temps (cinq mois après l'accouchement) et les autres temps de l'enquête (un an et demi, trois ans et demi ainsi que cinq ans après l'accouchement).

Les facteurs psychologiques sont les facteurs relatifs à la personnalité de la mère. Dans le cadre de l'ÉLDEQ, peu de questions évaluent la personnalité de la mère. Nous avons toutefois conservé la question « diriez-vous que vous êtes une bonne mère » pour les analyses. Cette variable, présente à tous les moments étudiés, nous permettait d'évaluer si les femmes avaient confiance en elles en ce qui concerne les soins et l'éducation de leur enfant.

Les facteurs dits « psychosociaux » correspondent au contexte de vie des mères. Nous avons regroupé les facteurs psychosociaux en trois sous-catégories : les variables relatives à la vie conjugale, les variables liées au soutien social et les sources potentielles de stress^{175,176,177}. Ces dernières correspondent aux aspects de la vie de la mère considérés comme source de stress.

¹⁷⁵Mauthner, N.S., *op.cit.*

La première sous-catégorie est composée de variables qui diffèrent légèrement d'un temps à l'autre. En effet, les questions mesurant la satisfaction à l'égard de la relation conjugale ou du partage des tâches ont été modifiées au cours de l'enquête. Au premier temps de l'enquête, le partage des tâches est mesuré en fonction de l'impression de la mère face au soutien du conjoint tandis qu'au deuxième temps on demande plutôt qui, du conjoint ou de la mère, effectue la majorité des tâches. Notons toutefois qu'à chacun des temps la situation conjugale est évaluée de façon identique (présence d'un conjoint et relation entre le conjoint et l'enfant). Pour les deux derniers temps, nous avons utilisé le fait de se confier au partenaire pour mesurer la satisfaction conjugale. De plus, pour tous les temps sauf le premier, nous avons employé une variable mesurant le degré de bonheur dans le couple. Le tableau 3.2 présente le libellé des variables relatives à la vie conjugale.

Tableau 3.2 : Variables relatives à la vie conjugale

Variables	Libellé ¹⁷⁸
Relation entre le conjoint et le bébé (tous les temps)	Quelle est la relation entre votre conjoint actuel et votre bébé? Il est... Le père biologique Autre lien (précisez) Vous n'avez aucun conjoint
Soutien du conjoint dans les soins au bébé	Jusqu'à quel point vous sentez-vous soutenue par votre conjoint actuel dans les soins à donner à votre bébé ? Peu Moyennement Assez Totalelement
Soutien du conjoint dans les tâches ménagères	Jusqu'à quel point vous sentez-vous soutenue par votre conjoint actuel dans les tâches ménagères?
Soutien du conjoint quand mère « à bout »	Jusqu'à quel point vous sentez-vous soutenue par votre conjoint actuel quand vous avez l'impression que vous n'en pouvez plus?

¹⁷⁶ Sanderson, C.A., *op.cit.*

¹⁷⁷ Stuchbery, M., Matthey, S. et Barnett, B., *op.cit.*

¹⁷⁸ À noter qu'il ne s'agit pas des choix de réponse originaux des questions. Les choix de réponse présentés sont ceux qui ont été regroupés pour effectuer les analyses.

Soutien du conjoint quand mère peinée	Jusqu'à quel point vous sentez-vous soutenue par votre conjoint actuel quand vous avez de la peine?
Soutien général du conjoint	De manière générale, comment vous sentez-vous soutenue par votre conjoint actuel?
	Lorsque vous ou votre conjoint/partenaire, s'il y a lieu, êtes à la maison, qui accomplit les tâches suivantes?
Partage des tâches pour nourrir bébé (1 an et demi)	Aider les enfants à boire ou à manger Mère toujours ou presque toujours Autre (conjoint, mère avec autre personne)
Partage des tâches pour habiller/changer bébé	Changer les couches, habiller les enfants
Partage des tâches pour baigner bébé	Donner le bain aux enfants
Partage des tâches pour mettre bébé au lit	Mettre les enfants au lit
Partage pour les tâches ménagères	Les tâches ménagères "quotidiennes" (exemple: préparer les repas, rangement, vaisselle, etc.)
Se confie à son conjoint (3 ans et demi ; 5 ans)	Vous confiez-vous à votre conjoint/partenaire? Oui Non
Degré de bonheur dans le couple (1 an et demi; 3 ans et demi; 5 ans)	Les chiffres correspondent à différents degrés de bonheur dans votre couple. Le chiffre 4 "heureux" correspond au degré de bonheur retrouvé dans la plupart des relations. Encerclez le chiffre qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple. Malheureux (moins de 4) Heureux (4 ou plus)

La deuxième sous-catégorie de variables relatives aux facteurs psychosociaux a été formée des variables qui nous permettent d'évaluer le soutien social. Celles-ci sont présentes pour les deux temps intermédiaires de l'ÉLDEQ que nous avons utilisés, soit à un an et demi et à trois ans. Elles mesurent le fait d'avoir de la famille ou des amis pour se sentir à l'abri, d'avoir quelqu'un de confiance à ses côtés et d'avoir des gens sur qui l'on peut compter.

Tableau 3.3 : Variables relatives au soutien social

Variables	Libellé ¹⁷⁹
Fonctionnement familial – intégration (5 mois ; 1 an et demi)	Dans notre famille, chaque personne est acceptée telle qu'elle est. Entièrement d'accord Autre (d'accord, en désaccord, totalement en désaccord)
Fonctionnement familial – expression des sentiments	Nous exprimons nos sentiments l'un à l'autre.
Fonctionnement familial – sentiments négatifs	Il y a beaucoup de sentiments négatifs dans notre famille.
Fonctionnement familial – sentir accepté	Dans notre famille, nous nous sentons acceptés tels que nous sommes.
Fonctionnement familial – décisions	Nous sommes capables de prendre des décisions sur la façon de régler nos problèmes.
Fonctionnement familial – mésentente	Nous ne nous entendons pas bien les uns avec les autres.
Fonctionnement familial – se confier	Nous nous confions les uns aux autres.
Soutien social – sécurité (3 ans et demi ; 5 ans)	J'ai une famille et des ami(e)s qui m'aident à me sentir à l'abri du danger, en sécurité et heureuse. Entièrement d'accord Autre (d'accord, en désaccord, totalement en désaccord)
Soutien social - support	J'ai quelqu'un en qui j'ai confiance et vers qui je pourrais me tourner pour avoir des conseils si j'avais des problèmes.
Soutien social – urgences	Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence.

Troisièmement, les sources potentielles de stress que nous avons retenues sont : le nombre d'enfants dans le ménage ainsi que trois variables provenant des trois derniers temps de l'enquête utilisés et qui nous ont permis de mesurer l'épuisement, soit l'impression de courir toute la journée, d'arriver épuisée au souper et de manquer de temps libre. La perception qu'a la mère de sa propre santé a également été intégrée dans cette catégorie.

¹⁷⁹ Idem.

Tableau 3.4 : Variables relatives aux sources potentielles de stress

Variables	Libellé ¹⁸⁰
Nombre d'enfants dans le ménage (tous les temps)	Au total, combien d'enfants demeurent dans ce ménage à temps plein ou à temps partiel (inclure tous les enfants séjournant au moins une fois par mois dans ce ménage)? 1 2 3 4 ou plus
Impression de courir toute la journée (1 an et demi ; 3 ans et demi ; 5 ans)	J'ai l'impression que je dois courir toute la journée pour faire ce que j'ai à faire. Oui Non
Impression d'être épuisée à l'heure du souper	Lorsque l'heure du souper arrive, je suis physiquement épuisée.
Impression d'avoir assez de temps libres	J'ai l'impression d'avoir suffisamment de temps libres pour moi.
Perception de sa propre santé	En général, diriez-vous que votre santé est... Bonne (excellente ou bonne) Autre (normale à mauvaise)

Finalement, nous avons aussi examiné des variables sociodémographiques afin d'obtenir un profil plus détaillé des répondantes. Nous avons utilisé cinq variables pour donner un aperçu du statut socioéconomique de la famille : le plus haut niveau de scolarité atteint, la principale source de revenu du ménage, le revenu total du ménage, la principale activité de la mère au moment de l'enquête et le fait d'être propriétaire ou non de son logement. Dans le but de mieux saisir le parcours des répondantes, nous avons intégré quatre autres variables, soit la langue la plus souvent parlée à la maison, le type de famille au moment de l'enquête, l'âge et la religion.

¹⁸⁰ Idem.

Tableau 3.5 : Variables sociodémographiques

Variables	Libellé ¹⁸¹
Scolarité de la mère (5 mois)	Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez atteint ? Études collégiales partielles ou moins Diplôme collégial ou études universitaires partielles Diplôme universitaire
Principale source de revenu du ménage (tous les temps)	Quelle était la principale source de revenu de votre ménage ? Salaire, traitements ou travail autonome Aide sociale ou assurance emploi Autre (dividendes, prestations gouvernementales, crédits d'impôt, bourse d'études, etc.)
Revenu total du ménage (tous les temps)	Quel a été le revenu total approximatif avant impôts et retenues de tous les membres du ménage au cours des 12 derniers mois, si l'on compte toutes les sources ? Moins de 20 000\$ 20 000\$ À 29 999\$ 30 000\$ À 39 999\$ 40 000\$ À 49 999\$ 50 000\$ et plus
Principale activité de la mère au moment de l'enquête (tous les temps)	Qu'est ce que vous considérez comme étant votre principale activité en ce moment ? Soin de la famille Travail rémunéré Soin de la famille et travail Études Autres (convalescence, recherche d'un emploi, retraite)
Propriétaire (tous les temps)	Ce logement appartient-il à un membre du ménage (même s'il n'est pas entièrement payé) ? Oui Non
Langue la plus souvent parlée à la maison (5 mois)	Quelle(s) langue(s) parlez-vous le plus souvent à la maison ? Anglais Français Autre
Type de famille à l'enquête (tous les temps)	Quelle est votre situation familiale ? Famille intacte Famille recomposée Famille monoparentale
Âge (tous les temps)	Quel âge avez-vous ? 26 ans et moins 26,1 à 30 ans 30,1 à 36 ans Plus de 36 ans

¹⁸¹ Idem.

Religion (5 mois)	Quelle est votre religion, si vous en avez une ?
	Aucune religion
	Catholique romaine
	Anglicane
	Juive
	Islamique
	Autre

3.6. Structure des analyses

Cette section présente les quatre types d'analyses que nous avons effectuées afin d'étudier le caractère spécifique de la dépression postnatale et ainsi tester nos deux hypothèses de recherche.

3.6.1. Description de l'échantillon

Tout d'abord, la première étape des analyses a pour but de décrire notre échantillon. Rappelons que celui-ci est composé des femmes ayant répondu aux quatre temps de l'enquête que nous avons sélectionnés. Ainsi, certaines répondantes ont été « perdues » au fil du temps : il s'agit des non-répondantes. Nous avons effectué des analyses descriptives afin de comparer, cinq mois après l'accouchement, les non-répondantes (qui n'ont pas répondu à tous les questionnaires de l'enquête) avec les répondantes présentes au sein de l'échantillon. Cette démarche nous a permis de mettre en évidence les distinctions ou ressemblances entre ces deux groupes.

Cette comparaison est importante parce qu'elle détermine la validité de notre analyse longitudinale sur l'évolution de la dépression. Par l'analyse des non-répondantes, nous avons évalué si l'évolution de la présence de symptômes de dépression chez ce groupe aurait pu être différente de celle chez les répondantes et, ainsi, influencer nos résultats. Par exemple, si, pour le groupe des non-répondantes, plus le temps passe après l'accouchement, moins on retrouve de symptômes de dépression et que pour les répondantes le contraire se produit, l'évolution globale réelle des symptômes serait nulle. L'analyse du portrait des non-

répondantes vise à déterminer s'il est probable ou non qu'elles évoluent différemment des répondantes.

Ensuite, nous avons réalisé des analyses descriptives aux quatre temps que nous avons étudiés pour rendre compte de l'évolution des caractéristiques des répondantes dans le temps tant au point de vue sociodémographique qu'en ce qui concernait les aspects dits psychosociaux. À partir de ces résultats, nous avons dressé un portrait de l'échantillon pour chacun des temps à l'étude.

3.6.2. Évolution de la santé psychologique des mères

Afin de répondre à notre première question de recherche et ainsi voir s'il est effectivement plus fréquent de présenter des symptômes de dépression dans l'année post-partum qu'à d'autres moments, nous avons effectué des analyses visant à mesurer l'évolution de la présence de symptômes de dépression dans les cinq années suivant l'accouchement. Nous avons également cherché à étudier plus spécifiquement la période habituellement considérée comme « critique », soit celle de l'année suivant l'accouchement. Afin d'évaluer s'il y avait effectivement plus de cas durant cette période, nous avons comparé la fréquence de la présence des symptômes de dépression au cours des deux premiers temps de l'enquête, soit à cinq mois ainsi qu'à un an et demi. Cette comparaison nous a permis de voir spécifiquement l'évolution de la présence de symptômes dépressifs durant la période du post-partum.

Finalement, afin de répondre à notre première question de recherche concernant la fréquence de la présence de symptômes de dépression chez les mères durant les cinq années qui suivent l'accouchement, nous avons effectué une comparaison du nombre de mères considérées comme « déprimées » entre les quatre temps de l'étude. Comme nous l'avons indiqué précédemment, s'il existe une dépression spécifique causée par la naissance d'un enfant (la dépression postnatale), la proportion de femmes présentant des symptômes de dépression devrait être plus élevée à cette période, ces « dépressions » s'ajoutant au taux de base de dépression présent dans la population. Le test Q de Cochran nous a permis de déterminer si

un changement dans les distributions pour une mesure répétée et pour un même groupe était significatif. Ainsi, un résultat statistiquement significatif au test de Cochran indique la présence d'une variation dans la proportion de femmes présentant des symptômes de dépression à chacun des quatre temps. Il nous a toutefois fallu analyser si cette variation va dans le sens de notre hypothèse de recherche, c'est-à-dire une augmentation de la proportion de mères démontrant des symptômes de dépression au cours des années suivant l'accouchement.

3.6.3. Facteurs associés à la présence de symptômes de dépression

Nous avons effectué des analyses bivariées dans le but d'identifier quels facteurs sont associés à la présence de symptômes de dépression aux quatre temps étudiés et ainsi répondre en partie à notre deuxième question de recherche à savoir s'il existe une différence entre les facteurs liés à la dépression qui affecte les femmes cinq mois après la naissance de leur enfant (dépression postnatale) et ceux liés à la dépression un an et demi, trois ans et demi et cinq ans après cet accouchement. Notre hypothèse à ce sujet stipule que les mêmes facteurs sont associés à la présence de symptômes de dépression et ce, peu importe le moment de mesure. Ces analyses avec les variables indépendantes et l'état de santé psychologique des mères nous ont permis d'identifier des facteurs qui ont été ensuite intégrés dans un modèle de régression logistique.

Nous avons aussi effectué des analyses bivariées entre les facteurs associés à la dépression postnatale. Nous avons donc croisé entre elles les variables indépendantes dans le but de déceler les associations entre ces variables. Ainsi, plutôt que de voir l'association des variables avec la présence de symptômes de dépression chez les mères, nous avons pu voir quelles variables étaient associées entre elles. Par exemple, nous avons pu voir s'il existait un lien entre le niveau de scolarité ou le revenu total du ménage et la perception du soutien conjugal. Toutes les variables utilisées étant catégorielles, uniquement des tests du Chi-deux ont été exécutés pour les analyses bivariées.

3.6.4. Modèles de régression logistique

En dernier lieu, nous avons testé différents modèles de régression logistique afin d'étudier l'association entre un ensemble de facteurs et les symptômes de dépression. En d'autres termes, ces analyses nous ont permis d'analyser l'effet unique d'un facteur sur la présence de symptômes dépressifs lorsqu'il est mis en lien avec un ensemble d'autres facteurs. Ainsi, nous avons pu analyser si les facteurs que nous avons intégrés aux modèles possèdent un effet aggravant ou protecteur ou aucun effet sur la présence de symptômes de dépression chez les mères.

Pour réaliser ces analyses de régression, nous avons opté pour une méthode exploratoire. Dans un premier temps, les analyses bivariées présentées dans la section précédente nous ont permis de sélectionner les variables associées à la dépression. Par la suite, nous avons choisi les variables les moins corrélées entre elles à la lumière des analyses bivariées avec les variables indépendantes. Une fois que la liste des variables a été épurée, nous avons utilisé la méthode de régression « stepwise forward » et nous avons créé des modèles de régression pour les quatre temps étudiés. Finalement, pour chacun des temps étudiés, le modèle parcimonieux s'ajustant le mieux aux données a été conservé et ce sont ces variables qui ont d'abord été introduites dans une analyse de régression. Le test de Chi-deux de Hosmer et Lemeshow (Goodness of fit) a été utilisé pour mesurer la qualité du modèle. Ce Chi-deux permet de comparer les effectifs observés aux effectifs attendus. On cherche une valeur de Chi-deux la « moins statistiquement significative » possible ($p > 0,05$).

Ces quatre modèles de régression logistique, un pour chaque temps de l'étude, nous ont permis d'identifier les associations qui existent entre les facteurs identifiés précédemment par les analyses bivariées comme étant associés à la présence de symptômes de dépression et l'état de santé psychologique des mères. Nous avons pu par la suite effectuer des comparaisons entre les divers temps étudiés et souligner les différences ou similitudes. Ce type d'analyse et de comparaison nous a donc permis de mieux répondre à notre deuxième question de recherche en mettant en lumière les divers facteurs associés à la présence de symptômes de dépression à chacun des quatre temps observés.

Finalement, les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) au Centre d'accès aux données de recherche de l'Institut de la statistique du Québec (CADRISQ).

CHAPITRE 4

PRESENTATION DES RESULTATS

Dans ce chapitre, nous décrirons les résultats obtenus d'après la structure des analyses qui a été présentée à la fin du chapitre précédent. En premier lieu, nous présenterons le portrait général de l'échantillon au premier temps de l'enquête soit, cinq mois après l'accouchement, ce qui correspond à la période « postnatale » dans cette étude. Nous comparerons également ce portrait avec les réponses données par les non-répondantes afin d'établir les différences existantes entre les deux groupes. Les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales ayant été évaluées tout au long de l'enquête, nous pourrons aussi voir l'évolution des répondantes à travers le temps. Deuxièmement, afin de répondre à notre première question de recherche, c'est-à-dire afin de voir s'il est plus fréquent de présenter des symptômes de dépression dans l'année qui suit l'accouchement (période postnatale) comparativement aux années subséquentes, nous décrirons les réponses obtenues aux questions mesurant ces symptômes pour chacun des temps de l'enquête.

Troisièmement, nous présenterons les liens existants entre les éléments du contexte de vie des mères et la présence de symptômes de dépression chez celles-ci. Quatrièmement, nous décrirons les associations entre les facteurs associés à la présence de symptômes de dépression dans le but d'éclaircir les liens entre ceux-ci. Finalement, nous détaillerons les modèles de régression dans le but de mieux comprendre l'effet unique de chaque facteur sur la présence de symptômes de dépression, et ce, pour chacun des temps. Ces trois dernières étapes de la démarche nous permettront de répondre à notre deuxième question de recherche

et ainsi savoir si les facteurs associés à la présence de symptômes dépressifs sont différents ou semblables entre la période « postnatale » et les autres temps à l'étude.

4.1. Description de l'échantillon

4.1.1. Portrait général de l'échantillon au premier temps (période postnatale) et comparaison avec les répondantes perdues au fil du temps

Notre échantillon regroupe 1718 répondantes qui sont les mères biologiques des enfants ciblés par l'ÉLDEQ. L'échantillon comprend donc les femmes qui ont participé à tous les temps de l'enquête jusqu'à l'entrée à la maternelle de l'enfant, c'est-à-dire de cinq mois après l'accouchement jusqu'à environ cinq ans à la suite de celui-ci. Mentionnons également que les répondantes de l'échantillon n'ont pas eu de nouveau bébé tout au long de la période d'étude.

Dans un premier temps, les caractéristiques sociodémographiques des répondantes seront présentées. Deuxièmement, les réponses obtenues aux questions relatives aux facteurs psychologiques et psychosociaux qui composent le contexte de vie des mères seront examinées. Tout au long de ces descriptions sociodémographique et psychosociale des mères de l'échantillon, nous effectuerons des comparaisons avec les répondantes perdues au fil du temps (ou non-répondantes) afin de voir quelles sont les distinctions existantes entre les deux groupes. En effet, l'un des questionnements sous-jacents à cette démarche est le suivant : les répondantes sont-elles plus ou moins susceptibles de démontrer des symptômes de dépression que les non-répondantes ?

Le tableau 4.1 permet de tracer le portrait sociodémographique des mères de l'échantillon. Comme nous pouvons le constater à la lecture de ce tableau, les résultats démontrent que les répondantes sont généralement plus choyées que les non-répondantes sur le plan sociodémographique. Par exemple, les premières démontrent un niveau de scolarité et un revenu plus élevés. Seulement 10,3% des ménages de l'échantillon vivent de l'aide sociale ou

de l'assurance emploi comparativement à 19% pour les ménages des non-répondantes. Cela se reflète d'ailleurs dans les statistiques sur le revenu annuel total des ménages puisque près de la moitié de ceux-ci (42,0%) présentent un revenu de 50 000\$ ou plus. La réalité n'est toutefois pas la même pour les non-répondantes puisque 28,2% de celles-ci vivent dans un ménage où le revenu annuel ne dépasse pas 20 000\$. Les non-répondantes regroupent plus de femmes non-francophones puisque 30,2% d'entre elles ne parlent pas le français à la maison. Remarquons qu'un nombre plus élevé de jeunes mères se retrouve chez les non-répondantes puisque 32,6% d'entre elles ont 26 ans ou moins. Il est intéressant de constater qu'au premier temps de l'enquête, l'échantillon est composé de familles intactes à plus de 80%. Ces résultats ne sont pas nécessairement étonnants puisqu'il s'agit ici du premier temps de l'enquête, l'enfant est alors âgé de cinq mois seulement. Remarquons néanmoins que les non-répondantes rassemblent plus de familles monoparentales (14,5%) que les répondantes de l'échantillon (7,1%). Finalement, à ce même moment, les nouvelles mères de l'échantillon sont généralement en congé de maternité puisque 84,2% ont mentionné se consacrer uniquement aux soins à la famille à ce moment. D'ailleurs, nous pouvons également noter que 62,3% des ménages de ces dernières sont propriétaires de leur résidence contrairement à un peu plus de la moitié, soit 50,9% pour les non-répondantes.

Tableau 4.1 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon cinq mois après l'accouchement (N répondantes = 2041 ; N non-répondantes = 705)¹⁸²

	Répondantes (%)	Non-répondantes ¹⁸³ (%)
Niveau de scolarité de la mère**		
▪ Études collégiales partielles ou moins	54,5	65,3
▪ Diplôme collégial ou études universitaires partielles	19,0	14,5
▪ Diplôme universitaire	26,5	20,2
Principale source de revenu du ménage**		
▪ Salaire, traitement, travail autonome	86,5	76,6
▪ Aide sociale ou assurance emploi	10,3	19,0
▪ Autres	3,2	4,4
Revenu annuel total du ménage**		
▪ Moins de 20 000\$	15,1	28,2
▪ Entre 20 000\$ et 29 999\$	13,3	16,0
▪ Entre 30 000\$ et 39 999\$	15,2	16,2
▪ Entre 40 000\$ et 49 999\$	14,4	11,1
▪ 50 000\$ et plus	42,0	28,2
Le français est la langue la plus souvent parlée à la maison**		
▪ Oui	82,5	69,8
▪ Non	17,5	30,2

¹⁸² Légende : ** $p \leq 0,001$; * $p \leq 0,05$.

¹⁸³ Le groupe des « non-répondantes » fait référence aux mères qui n'ont pas répondu à l'ensemble des questionnaires de l'étude.

Religion de la mère		
▪ Aucune	3,3	n/d ¹⁸⁴
▪ Catholique romaine	85,3	
▪ Anglicane	1,1	
▪ Juive	1,3	
▪ Islamique	1,6	
▪ Autre	7,5	
Âge de la mère		
▪ 26 ans et moins	28,4	32,6
▪ 26,1 à 30 ans	24,8	23,5
▪ 30,1 à 36 ans	37,0	35,0
▪ Plus de 36 ans	9,8	8,8
Type de famille à l'enquête **		
▪ Famille intacte	81,9	74,5
▪ Famille recomposée	11,0	11,0
▪ Famille monoparentale	7,1	14,5
Principale activité au moment de l'enquête*		
▪ Soins à la famille	84,2	86,6
▪ Travail rémunéré	3,4	2,6
▪ Soins à la famille et travail	10,1	7,0
▪ Études	1,9	3,1
▪ Autres	0,5	0,8
Propriétaire de la résidence**		
▪ Oui	62,3	50,9
▪ Non	37,7	49,1

Le tableau 4.2 présente les résultats liés aux facteurs psychosociaux et psychologiques qui constituent les caractéristiques du contexte de vie des mères. Cinq mois après l'accouchement, le groupe des non-répondantes dénombre plus de mères sans conjoint (13,8%) que celui des répondantes (7,0%). En ce qui concerne le soutien social, nous remarquons que le partage des confidences au sein de la famille de la mère s'effectue

¹⁸⁴ L'abréviation « n/d » signifie que les résultats concernant cette question ne peuvent être divulgués compte tenu qu'une catégorie regroupait peu de répondantes ($n \leq 5$). Il s'agit là d'une des exigences de l'ISQ afin d'assurer la confidentialité des données.

relativement difficilement dans 43,2% des cas chez les répondantes (44,3% pour les non-répondantes). Si l'on s'attarde au couple uniquement, respectivement 52,0% et 49,5 % des répondantes n'ont pas le sentiment d'être totalement soutenues par leur conjoint pour les soins au bébé et pour les tâches ménagères. La tendance reste la même avec le soutien lorsque les mères sont tristes puisque 49,6% d'entre elles affirment ne pas se sentir totalement soutenues par leur conjoint à ce moment. Ce pourcentage dépasse les 50% lorsqu'on s'attarde au soutien général du conjoint. Notons que la perception du soutien offert par le conjoint est généralement moins bonne chez les non-répondantes. Finalement, 21,5% des répondantes ne considèrent pas être en bonne santé relativement à une proportion légèrement plus élevée pour les non-répondantes, soit 30,0%.

Tableau 4.2 : Caractéristiques du contexte de vie des mères
cinq mois après l'accouchement (N répondantes = 2041 ; N non-répondantes = 705)

	Répondantes (%)	Non-répondantes (%)
Relation entre le conjoint et le bébé**		
▪ Père biologique	93,0	86,2
▪ Pas de conjoint	7,0	13,8
Nombre d'enfant(s) dans le ménage*		
▪ 1 enfant	41,6	37,2
▪ 2 enfants	41,1	40,8
▪ 3 enfants	11,8	13,3
▪ 4 enfants ou plus	5,4	8,8
Les membres de la famille se confient les uns aux autres		
▪ Entièrement d'accord	56,8	55,7
▪ Autre	43,2	44,3
Jusqu'à quel point vous sentez-vous soutenue par votre conjoint actuel pour les soins au bébé ?**		
▪ Peu	7,3	7,6
▪ Moyennement	8,7	11,6
▪ Assez	36,0	28,6
▪ Tout à fait	40,9	37,9

▪ Aucun conjoint	7,1	14,4
Jusqu'à quel point vous sentez-vous soutenue par votre conjoint actuel pour les tâches ménagères ?**		
▪ Peu	6,8	7,9
▪ Moyennement	7,6	8,3
▪ Assez	35,2	31,8
▪ Tout à fait	43,4	37,6
▪ Aucun conjoint	7,1	14,4
Jusqu'à quel point vous sentez-vous soutenue par votre conjoint actuel quand vous avez de la peine ?**		
▪ Peu	5,5	6,5
▪ Moyennement	7,6	9,3
▪ Assez	36,5	30,2
▪ Tout à fait	43,3	39,7
▪ Aucun conjoint	7,1	14,3
Jusqu'à quel point vous sentez-vous soutenue par votre conjoint actuel en général ?**		
▪ Peu	3,7	5,0
▪ Moyennement	6,9	7,6
▪ Assez	41,8	34,7
▪ Tout à fait	40,5	38,3
▪ Aucun conjoint	7,1	14,3
Diriez-vous que votre santé est...**		
▪ Bonne	78,5	70,0
▪ Autre	21,5	30,0

Les résultats démontrent donc que le groupe des répondantes et celui des non-répondantes se distinguent. Étant donné la grande taille de notre échantillon, plusieurs de ces distinctions se sont révélées statistiquement significatives. Toutefois, ces différences ne sont pas importantes. D'après ces résultats, nous pouvons conclure que le groupe des non-répondantes est constitué de mères plus susceptibles de développer des symptômes de dépression. En effet, celles-ci semblent évoluer dans un contexte de vie plus difficile et donc favorable à l'apparition de tels symptômes. Ainsi, si elles étaient demeurées dans l'échantillon, ces mères auraient probablement fait varier à la hausse, et non à la baisse, la proportion de femmes

présentant des symptômes de dépression. Nous pouvons donc affirmer que si une évolution du nombre de femmes « déprimées » est constatée, cette évolution aurait sans doute été aussi importante si les non-répondantes étaient restées au sein de l'échantillon.

4.1.2. Évolution sociodémographique et psychosociale des répondantes au fil du temps

La situation des répondantes a donc été décrite dans la section précédente. Cependant, est-ce que cette situation change avec le temps ? Les tableaux 4.3 et 4.4 présentent les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales des répondantes au fil du temps. Nous remarquons les caractéristiques sociodémographiques varient peu avec le temps ou du moins les caractéristiques suivent une trajectoire « normale », c'est-à-dire que l'évolution temporelle des caractéristiques correspond à ce qu'on pourrait attendre de la population en général. À titre d'exemple, nous remarquons que le revenu total du ménage augmente au fil du temps. Dans le même sens, de plus en plus de familles deviennent propriétaires de leur résidence dans les années qui suivent la naissance de l'enfant. Seule la principale activité de la mère varie de façon plus prononcée au fil du temps. Nous relevons plus de mères se consacrant uniquement aux soins à la famille au premier temps (84,2%) que dans les années suivantes (48,3%, 54,6% et 57,6%). Cela s'explique certainement par le fait que les mois suivant l'accouchement sont généralement associés à un congé de maternité pour les mères.

Du côté des caractéristiques psychosociales, les résultats démontrent peu de variation au fil du temps également. Toutefois, certains changements dans les caractéristiques sont à souligner. Nous observons une variation notable dans le nombre de mères vivant avec le père biologique de l'enfant ou un conjoint entre le premier et le dernier temps de l'enquête. En effet, le nombre de mères ayant un conjoint diminue de près 10% en cinq ans. Trois ans et demi après l'accouchement, plus de 50% des familles comptent 2 enfants ou plus.

Nous constatons que la perception qu'a la mère de sa propre santé est moins bonne cinq ans après l'accouchement qu'un an et demi après celui-ci. Nous pouvons aussi constater à la lecture du tableau 4.4 que plus de mères se considèrent malheureuses en couple cinq ans après l'accouchement, qu'un an et demi après celui-ci. Dans le même sens, les mères démontrent de forts signes d'épuisement dès l'année qui suit l'accouchement. En effet, plus de 70% de celles-ci ont l'impression d'arriver épuisées au souper et plus de 80% ont l'impression de courir toute la journée. Relevons également le fait que cette impression a plutôt tendance à augmenter au fil du temps : pour les trois mesures d'épuisement, nous remarquons que les mères sont plus épuisées cinq ans après l'accouchement que lors du moment de mesure précédent.

Tableau 4.3 : Caractéristiques sociodémographiques des répondantes au fil du temps (en %)
(N = 1718)

	1 an et demi	3 ans et demi	5 ans
Principale source de revenu du ménage			
▪ Salaire, traitement, travail autonome	88,4	90,7	91,5
▪ Aide sociale ou assurance emploi	9,0	7,0	7,0
▪ Autres	2,6	2,2	1,5
Revenu annuel total du ménage			
▪ Moins de 20 000\$	12,2	n/d	9,5
▪ Entre 20 000\$ et 29 999\$	11,3		8,2
▪ Entre 30 000\$ et 39 999\$	15,5		11,2
▪ Entre 40 000\$ et 49 999\$	13,8		12,7
▪ 50 000\$ et plus	47,2		58,4
Âge de la mère			
▪ 26 ans et moins	21,8	11,8	4,9
▪ 26,1 à 30 ans	23,5	19,6	17,9
▪ 30,1 à 36 ans	40,4	41,2	38,3
▪ Plus de 36 ans	14,3	27,5	38,9

Principale activité au moment de l'enquête			
▪ Soins à la famille	38,6	35,0	36,7
▪ Travail rémunéré	9,7	5,6	3,3
▪ Soins à la famille et travail	48,3	54,6	57,6
▪ Études	2,5	2,8	1,6
▪ Autres	0,8	2,1	0,7
Propriétaire de la résidence			
▪ Oui	64,2	68,5	69,9
▪ Non	35,8	31,5	30,1

Tableau 4.4 : Caractéristiques psychosociales des répondantes au fil du temps (en %)

(N = 1718)

	1 an et demi	3 ans et demi	5 ans
Situation conjugale			
▪ Vit avec père biologique ou conjoint	98,2	90,1	87,5
▪ Pas de conjoint	1,8	9,9	12,5
Nombre d'enfant(s) dans le ménage			
▪ 1 enfant	41,5	25,4	n/d
▪ 2 enfants	42,1	51,8	
▪ 3 enfants	11,1	16,7	
▪ 4 enfants ou plus	5,2	6,0	
Les membres de la famille se confient les uns aux autres			
▪ Entièrement d'accord	55,4	n/d	n/d
▪ Autre	42,7		
Vous confiez-vous à votre partenaire ?			
▪ Souvent	n/d	91,3	90,1
▪ Rarement		8,7	9,9
Diriez-vous que votre santé est...			
▪ Bonne	77,1	74,0	74,4
▪ Autre	22,9	26,0	25,6

Bonheur dans le couple			
▪ Heureux	94,2	91,3	90,8
▪ Malheureux	5,8	8,7	9,2
Les tâches ménagères quotidiennes sont effectuées par...			
▪ La mère toujours ou presque toujours	56,1	n/d	n/d
▪ Une autre personne	43,9		
Avez-vous l'impression d'arrivée épuisée au souper ?			
▪ Oui	72,5	72,0	76,0
▪ Non	27,5	28,0	24,0
Avez-vous l'impression de manquer de temps libres ?			
▪ Oui	56,0	49,7	50,7
▪ Non	44,0	50,3	49,3
Avez-vous l'impression de courir toute la journée ?			
▪ Oui	89,3	83,6	83,9
▪ Non	10,7	16,4	16,1

4.2. La présence de symptômes de dépression à travers le temps

L'objectif principal de notre recherche est d'étudier le caractère spécifique de la dépression postnatale. Cette section nous permettra de mettre en lumière la proportion de mères qui présente des symptômes de dépression aux divers moments de l'enquête. Nous souhaitons donc voir les changements dans le nombre de femmes qui présentent des symptômes de dépression au fil du temps. Cette démarche a pour but de tester notre première hypothèse de recherche qui pose que le nombre de femmes « déprimées » ne sera pas plus élevé à la période postnatale et que ce nombre aura plutôt tendance à augmenter au fil du temps. Rappelons que notre première hypothèse de recherche se base sur les travaux de Najman et ses collègues¹⁸⁵ qui ont observé une évolution de ce type chez les mères lors de leur étude sur la dépression postnatale en Australie. Cette hypothèse est aussi appuyée par les travaux de

¹⁸⁵ Najman, J.M. *et al.* (2000) « Postnatal depression : myth and reality : maternal depression before and after the birth of a child », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, p.19-27.

des Rivières-Pigeon et Romito¹⁸⁶, qui ont également perçu une tendance semblable chez les mères italiennes.

Le tableau 4.5 présente les résultats relatifs à la présence de symptômes de dépression chez les mères aux quatre temps de l'enquête. Ce tableau présente l'évolution temporelle du nombre de mères considérées comme « déprimées » d'après les réponses sur l'échelle CES-D. Nos résultats confirment cette hypothèse puisque les mères sont plus nombreuses à présenter des symptômes de dépression cinq ans après l'accouchement que dans les années précédentes. En effet, à ce moment, 12,2% des mères sont considérées comme étant « déprimées » comparativement à 9,7% à la période postnatale, soit cinq mois après l'accouchement. Ensuite, nous remarquons une légère baisse de la proportion de mères présentant des symptômes de dépression trois ans et demi après l'accouchement ainsi qu'une hausse plus importante cinq ans après celui-ci. D'après ces analyses, la proportion de femmes « déprimées » n'est pas plus élevée à la période postnatale qu'aux autres périodes étudiées.

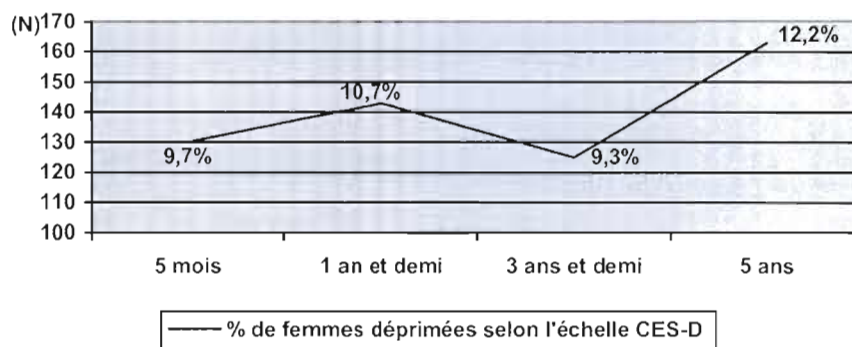
Tableau 4.5 : La présence de symptômes de dépression chez les mères aux quatre temps
(score du CES-D six items) (N = 1718)

	Déprimées	
5 mois	130	9,7%
1 an et demi	143	10,7%
3 ans et demi	125	9,3%
5 ans	163	12,2 %

¹⁸⁶ des Rivières-Pigeon, C. et Romito, P. (2004), « Dépression postnatale, dépression maternelle ou dépression tout court ? Évolution de la santé mentale des mères dans les 3 années suivant une naissance », Communication présentée au 72e congrès de l'ACFAS.

Des analyses statistiques effectuées à l'aide du test de Cochran démontrent que les différences de distribution relevées entre les temps sont significatives (valeur du test Q de Cochran = 8,813 ; sig. $\leq 0,032$). La figure 4.1 représente cette évolution de la proportion de mères démontrant des symptômes de dépression à travers le temps. Cet exercice permet d'avoir un regard sur la stabilité de la présence de ces symptômes. On remarque que, contrairement à ce que sous-entend l'expression « dépression postnatale », la proportion de mères démontrant des symptômes de dépression n'est pas plus élevée après l'accouchement et semble au contraire augmenter au fil du temps.

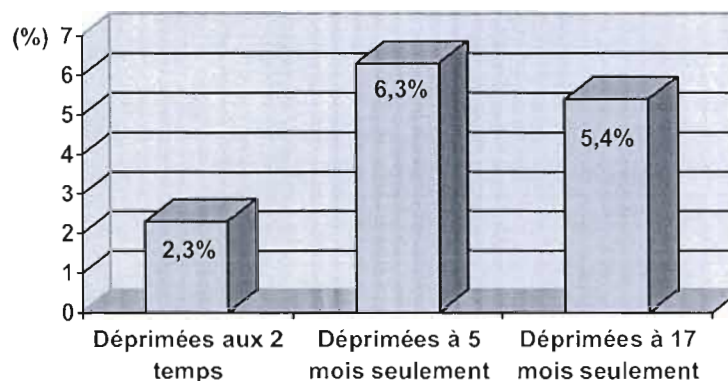
Figure 4.1 : Évolution de la proportion de mères démontrant des symptômes de dépression



Toujours dans le but d'analyser la pertinence d'utiliser une appellation « spécifique » pour les dépressions présentes à la période postnatale, nous avons effectué une analyse de l'évolution de la présence des symptômes dépressifs des femmes au fil du temps. Notre objectif était de savoir quelle proportion de femmes avait le profil « attendu » lors d'une dépression postnatale, c'est-à-dire présentant des symptômes de dépression à la période postnatale (cinq

mois après l'accouchement) et n'en présentant plus lorsque cette période était terminée (un an et demi après l'accouchement). Nos résultats (figure 4.2) démontrent que seulement 6,3% de l'échantillon montre des symptômes de dépression cinq mois après l'accouchement uniquement. Une proportion presque aussi élevée (5,4%) ne démontrait aucun symptôme cinq mois après l'accouchement et par la suite développe des symptômes dépressifs un an et demi après l'accouchement. Enfin, 2,3% des mères démontrent des symptômes aux deux temps de mesure.

Figure 4.2 : Proportion des « cas de dépression » en période post-partum



4.3 Facteurs associés à la présence de symptômes de dépression des mères

La section précédente a montré qu'une proportion plus élevée de mères semble présenter des symptômes de dépression cinq ans après l'accouchement que lorsqu'elles viennent tout juste

de donner naissance à leur enfant. La dépression dite « postnatale » ne serait donc pas plus fréquente qu'une dépression présente plus tard chez la mère.

Qu'en est-il des facteurs qui lui sont associés aux divers moments de mesure ? Notre hypothèse à ce sujet est que les facteurs associés à la présence de symptômes de dépression seront les mêmes que la mère soit à la période postnatale (cinq mois après l'accouchement) ou à un autre temps (un an et demi, trois ans et demi ou cinq ans après l'accouchement).

Cette section a pour but de mettre en lumière les facteurs associés à la présence de symptômes de dépression aux divers temps de l'enquête. Nous observerons également si les facteurs associés sont les mêmes à tous les temps étudiés. Rappelons, tel que mentionné dans le chapitre précédent, que trois types de facteurs sont connus comme étant liés à la détresse psychologique après l'accouchement : les facteurs de risque biologiques¹⁸⁷, les facteurs de risque psychologiques et les facteurs de risque psychosociaux. Les associations entre les caractéristiques sociodémographiques et la présence de symptômes de dépression seront aussi analysées.

4.3.1. Facteurs de risque psychologiques associés à la présence de symptômes de dépression

La personnalité de la mère et sa confiance en elle étaient mesurées par la question « Vous considérez-vous comme une bonne mère ? ». La perception qu'a la répondante de sa capacité à remplir son rôle de mère se révèle associée à la présence de symptômes de dépression uniquement un an et demi après l'accouchement ($p \leq 0,001$). Nos résultats démontrent que 21,6% des femmes qui ne se considèrent pas comme une bonne mère présentent des symptômes de dépression comparativement à seulement 9,0% des femmes se définissant comme une bonne mère. Ainsi, moins la mère se considère comme une bonne mère, moins

¹⁸⁷ Les mères ayant donné naissance à un enfant dans les années subséquentes au premier temps de l'enquête ont été exclues de ces analyses afin de rejeter l'éventualité d'une interaction entre cette nouvelle grossesse et l'état de santé psychologique.

elle présente un bon état de santé psychologique. Cette association n'est pas statistiquement significative aux autres temps (cinq mois ; trois ans et demi ; cinq ans).

4.3.2. Facteurs de risque psychosociaux et présence de symptômes de dépression

Les facteurs dits « psychosociaux » sont des facteurs relatifs au contexte de vie dans lequel évolue chacune des mères de l'échantillon. Ces divers facteurs ont été divisés en trois catégories : la vie conjugale, le soutien social et les sources potentielles de stress pour la mère.

Tout d'abord, pour les deux premiers temps de l'enquête, plus la mère a une mauvaise perception du soutien conjugal ou encore plus le partage des tâches est inégal, plus elle est portée à présenter des symptômes de dépression¹⁸⁸ ($p \leq 0,001$). Une relation semblable s'observe quant à la relation entre le degré de bonheur dans le couple et la présence de symptômes de dépression. On remarque que les mères qui démontrent un faible degré de bonheur dans le couple (à chacun des temps où le degré de bonheur dans le couple a été évalué, soit à tous les temps sauf le premier) sont plus souvent considérées comme « déprimées ». L'association entre la présence de symptômes de dépression et le fait d'être mère monoparentale n'est toutefois pas aussi claire. En effet, cette relation est statistiquement significative aux premier et dernier temps de l'enquête uniquement.

Le soutien social a été mesuré un an et demi après l'accouchement de même que trois ans après celui-ci. Pour ces deux temps, le fait d'avoir de la famille ou des amis pour se sentir à l'abri, d'avoir quelqu'un de confiance à ses côtés et d'avoir des gens sur qui l'on peut compter s'associent de façon statistiquement significative à une proportion moindre de femmes présentant des symptômes de dépression.

¹⁸⁸ Les questions sur le partage des tâches ont été posées uniquement aux deux premiers temps de l'enquête utilisés.

En dernier lieu, les sources potentielles de stress font référence à plusieurs mesures différentes : la perception qu'a la mère de sa santé, le nombre d'enfants présents dans le ménage et les mesures d'épuisement. Les résultats présentés dans le tableau 4,6 démontrent que moins la perception qu'à la mère de sa santé est bonne, plus celle-ci aura tendance à présenter des symptômes de dépression, et ce, à tous les moments de l'enquête. Le nombre d'enfants dans le ménage n'est pas significativement associé à la présence de symptômes de dépression.

En ce qui concerne l'épuisement, les résultats démontrent que lorsque l'enfant a environ cinq ans, l'impression de courir toute la journée de la mère s'associe à la présence de symptômes de dépression. Dans le même sens, on remarque que d'un an et demi jusqu'à cinq ans après l'accouchement, l'impression d'arriver épuisée au souper et l'impression de manquer de temps libre s'associent également à la présence de symptômes de dépression. Mentionnons que les mesures d'épuisement n'étaient pas disponibles pour le premier temps de l'enquête.

Tableau 4.6 : Facteurs de risque psychosociaux s'associant à la présence de symptômes de dépression (en %) ¹⁸⁹

	Pourcentage de mères « déprimées » selon l'échelle CES-D			
	5 mois	1 an et demi	3 ans et demi	5 ans
Bonheur dans le couple				
▪ Heureux	n.d.	7,4**	7,1**	8,2**
▪ Malheureux		21,7	30,8	45,3
Présence d'un conjoint				
▪ Oui	9,4**	n.s.s.	n.s.s.	10,9*
▪ Non	25,4			19,9

¹⁸⁹ Légende : n.s.s = non statistiquement significatif ; n.d. = non disponible ; ** $p \leq 0,001$; * $p \leq 0,05$.

Présence d'amis ou de membres de la famille permettant de se sentir à l'abri				
▪ Oui	n.d.	6,6**	5,7**	n.d.
▪ Non		17,1	19,4	
Présence de quelqu'un de confiance dans l'entourage				
▪ Oui	n.d.	8,4**	6,6**	n.d.
▪ Non		15,9	20,4	
Présence de quelqu'un sur qui la mère peut compter				
▪ Oui	n.d.	8,6**	6,4**	n.d.
▪ Non		16,7	23,1	
La mère se considère en bonne santé				
▪ Oui	7,3**	6,6**	5,3**	9,4**
▪ Non	21,9	22,0	21,3	20,2
Impression de courir toute la journée				
▪ Oui	n.d.	n.s.s.	n.s.s.	13,6**
▪ Non				5,8
Impression d'arriver épuisée au souper				
▪ Oui	n.d.	12,4**	11,2%**	14,6**
▪ Non		4,2	3,0%	4,2
Impression d'avoir suffisamment de temps libres				
▪ Oui	n.d.	5,8**	6,3**	9,0**
▪ Non		13,6	11,5	14,8

4.3.3. Caractéristiques sociodémographiques associées à présence de symptômes de dépression

Les caractéristiques sociodémographiques renvoient à trois mesures spécifiques : l'âge de la mère, le revenu total du ménage et le fait d'être propriétaire. À tous les temps sauf lorsque l'enfant a environ trois ans, plus la mère est âgée, plus celle-ci a tendance à présenter des symptômes de dépression. Toutefois, il est à noter que l'association entre ces deux variables n'est pas statistiquement significative trois ans après l'accouchement. Pour les quatre années mesurées, moins le ménage présente un bon revenu, plus la mère présente des symptômes de dépression. Finalement, le fait d'être propriétaire de son logement s'associe également de façon statistiquement significative à une faible proportion de mères présentant des symptômes de dépression.

Tableau 4.7 : Caractéristiques sociodémographiques associées à la présence de symptômes de
dépression (en %) ¹⁹⁰

	Pourcentage de mères « déprimées » selon l'échelle CES-D			
	5 mois	1 an et demi	3 ans et demi	5 ans
Âge de la mère				
▪ 26 ans et moins	14,3*	13,6*	n.s.s.	n.d.
▪ 26,1 à 30 ans	7,9	10,3		
▪ 30,1 à 36 ans	10,3	9,5		
▪ Plus de 36 ans	6,1	6,1		
Revenu annuel total du ménage				
▪ Moins de 20 000\$	19,9*	23,7**	19,7**	22,2**
▪ Entre 20 000\$ et 29 999\$	11,0	9,4	21,1	11,3
▪ Entre 30 000\$ et 39 999\$	13,8	13,5	9,8	20,3
▪ Entre 40 000\$ et 49 999\$	12,4	6,8	11,6	17,3
▪ 50 000\$ et plus	5,1	6,4	5,5	8,2
Propriétaire de la résidence				
▪ Oui	9,1*	7,9**	6,4**	10,7*
▪ Non	12,7	14,2	16,2	15,7

¹⁹⁰ Légende : n.s.s = non statistiquement significatif ; n.d. = non disponible ; ** $p \leq 0,001$; * $p \leq 0,05$.

À la suite de ces analyses mettant en relation les trois types de facteurs de risque ainsi que les caractéristiques sociodémographiques avec l'état de santé psychologique, nous pouvons constater que les mêmes facteurs et caractéristiques sont associés à la présence de symptômes de dépression chez les mères aux quatre temps étudiés. En effet, aucune distinction majeure concernant le type de facteurs associés à la présence de symptômes de dépression n'a été relevée.

4.4. Associations entre les facteurs explicatifs de la présence de symptômes de dépression

Cette section vise à souligner les liens existants entre les facteurs associés à la présence de symptômes de dépression chez les mères de l'échantillon. Ces analyses ont été effectuées dans le but de construire les modèles multivariés, c'est-à-dire ce que ces analyses nous ont permis de déterminer quelles sont les « bonnes » variables à intégrer aux modèles de régression, soit celles qui sont le plus directement associées à la dépression. Ainsi, les analyses de cette section ne permettent pas de répondre directement à une hypothèse de recherche, mais elles permettront de construire les modèles qui seront utilisés à cette fin. Les associations seront décrites de manière détaillée afin de mieux comprendre quels sont les facteurs qui sont en lien à chacun des temps. Nous soulignerons principalement les facteurs ayant une influence sur le soutien conjugal ainsi que sur l'épuisement des mères puisque ce sont deux facteurs primordiaux dans l'explication de la présence de symptômes de dépression.

4.4.1. Le niveau de scolarité et la perception du soutien du conjoint

Cinq mois après l'accouchement, la relation entre le niveau de scolarité de la mère et la perception qu'elle a du soutien que lui offre son conjoint est statistiquement significatif. En effet, nous remarquons que les mères possédant des études collégiales partielles ou une scolarité moindre ont une meilleure perception du soutien de leur conjoint que celles ayant un niveau de scolarité plus élevé. Plus spécifiquement, 28,9% des femmes moins scolarisées ont

une perception positive du soutien général de leur conjoint, comparativement à 26,0 % de mères plus scolarisées ($p \leq 0,008$). Lorsqu'il s'agit des soins au bébé 49,1% des femmes moins scolarisées ont une perception positive du soutien, comparativement à 38,7 % pour les plus scolarisées ($p \leq 0,001$). Il en va de même pour la perception du soutien du conjoint lorsqu'elles ont de la peine puisque 44,4 % des mères plus scolarisées ont une excellente perception du soutien comparativement à 49,3 % des mères moins scolarisées ($p \leq 0,001$). Par contre, relevons que la relation n'est pas statistiquement significative en ce qui concerne la perception du soutien conjugal pour les tâches ménagères ($p \leq 0,157$).

4.4.2. Le nombre d'enfants dans le ménage et le soutien conjugal

Moins il y a d'enfants dans le ménage, plus le soutien fourni par le conjoint est jugé comme étant satisfaisant. En effet, cinq mois après l'accouchement, les mères des ménages où vit un seul enfant (45,3 %) perçoivent plus positivement le soutien conjugal relatif aux soins du bébé que les mères des ménages avec quatre enfants ou plus (42,7 %) ($p \leq 0,017$). Lorsqu'elles éprouvent de la tristesse, 52,1 % des mères des ménages où vit un seul enfant considère avoir un excellent soutien comparativement à 42,0 % des mères des ménages comptant quatre enfants ou plus ($p \leq 0,015$). Nos résultats suggèrent également qu'un an et demi après l'accouchement, les mères de familles comptant quatre enfants ou plus sont plus susceptibles d'effectuer elles-mêmes les tâches ménagères (70,9 %) que les mères de familles où il n'y a qu'un seul enfant (50,9 %) ($p \leq 0,001$). Soulignons également qu'un an et demi après l'accouchement, 56,8 % des mères pour lesquelles les soins à la famille constituent leur principale activité effectuent presque toujours les tâches elles-mêmes comparativement à 40,6 % des mères pour lesquelles la principale activité est un travail rémunéré ($p \leq 0,001$).

4.4.3. Les sources de revenu, le revenu total et leurs relations avec le soutien conjugal ainsi que l'épuisement

Au premier temps, le soutien conjugal relatif aux soins au bébé ainsi que le soutien général du conjoint sont perçus comme plus satisfaisants chez les mères pour lesquelles la principale source de revenu est l'aide sociale ou l'assurance emploi (54,7 % et 50,4 %) comparativement aux mères pour lesquelles la principale source de revenu est un salaire ou

les traitements (43,0 % et 42,9 %), c'est-à-dire les travailleuses ($p \leq 0,004$ et $p \leq 0,014$). Toutefois, nous remarquons qu'un an et demi après l'accouchement, les travailleuses jouissent d'un partage plus égalitaire que celles ayant des sources de revenu différentes. En effet, ces dernières auront plus tendance à presque toujours changer les couches ou habiller les enfants (65,0 %), à donner le bain (69,6 %) et à mettre les enfants au lit (59,4 %), comparativement aux travailleuses pour lesquelles les proportions sont respectivement de 49,7 %, 49,6 % et 43,4 % ($p \leq 0,002$; $p \leq 0,001$; $p \leq 0,001$).

Ces observations se reflètent également dans les associations entre le revenu et le soutien conjugal. Nous remarquons que cinq mois après l'accouchement, moins le revenu des ménages est élevé, plus les mères décriront le soutien conjugal comme satisfaisant, que ce soit pour les soins au bébé (51,8 % versus 41,2 % pour les mères ayant un revenu plus élevé), le soutien général (51,6 % versus 40,7 %) ou les tâches ménagères (53,1 % versus 40,4 %). Au deuxième temps, le partage des tâches est plus équitable dans les ménages où le revenu est élevé que dans ceux ayant un faible revenu et ce, pour tous les types de tâches. Toutes ces associations sont statistiquement significatives à $p \leq 0,005$.

Un an et demi après l'accouchement, nous remarquons que les mères vivant dans un ménage avec un revenu plus élevé auront plus tendance à démontrer des signes d'épuisement (75,0 %) que celle ayant un revenu plus faible (62,4 %) ($p \leq 0,001$). La même tendance se retrouve en ce qui concerne les sources de revenu puisque 73,4 % des mères vivant de salaire ou de traitements démontrent des signes d'épuisement comparativement à 61,2 % de celles vivant de l'aide sociale ou de l'assurance emploi ($p \leq 0,045$). Ces associations sont également statistiquement significatives trois ans et demi ($p \leq 0,001$) ainsi que cinq ans après l'accouchement ($p \leq 0,043$).

4.4.4. Le bonheur dans le couple et ses relations avec le partage des tâches et l'épuisement

Un an et demi après l'accouchement, plus le degré de bonheur dans le couple est faible, plus le partage des tâches est défavorable pour la mère. En effet, 64,7 % de ces mères présentant

un faible degré de bonheur conjugal auront alors tendance à toujours faire boire ou manger les enfants ($p \leq 0,001$), à changer leurs couches ou les habiller (67,1 % ; $p \leq 0,001$) et à donner le bain (64,0% ; $p \leq 0,004$). Ces proportions passent respectivement à 43,7 %, 47,8 % et 48,1 % pour les mères se considérant heureuse en couple. Il est possible que ce partage inégal des tâches se poursuive dans le temps puisque nous remarquons que trois ans et demi après l'accouchement, un faible degré de bonheur dans le couple s'associe à un des indicateurs d'épuisement, soit l'impression de manquer de temps libres ($p \leq 0,005$).

Les analyses sur les associations entre les facteurs associés à la présence de symptômes de dépression que nous avons effectuées nous ont permis de mieux choisir ceux à intégrer dans les modèles de régression. Nous y avons donc intégré des facteurs qui réfèrent à des éléments différents du contexte de vie des mères ou à des caractéristiques sociodémographiques distinctes. Par exemple, l'âge de la mère a été choisi plutôt que le revenu total du ménage ou la source principale de revenu puisque ces facteurs renvoient à des caractéristiques sociodémographiques similaires. De plus, les facteurs choisis doivent être semblables à chacun des temps analysés afin de voir s'il existe des différences entre ceux-ci. À titre d'exemple, les facteurs relatifs aux soins aux enfants ont été exclus puisqu'ils se retrouvent uniquement aux deux premiers temps de l'enquête. Nous avons donc préféré intégrer des facteurs liés au soutien social ou familial.

4.5. L'effet unique des facteurs associés à la présence de symptômes de dépression

Les analyses précédentes nous ont permis d'identifier quels sont les facteurs associés à la présence de symptômes de dépression chez les mères. Tel qu'expliqué dans la section 3.6.4, ce sont ces variables qui ont été intégrées dans les modèles de régression pour en arriver à des modèles parcimonieux. Selon les catégories de variables et les variables disponibles à chacun des temps qui ont été exposées dans le chapitre précédent, plusieurs variables ont été intégrées aux modèles :

- Variables relatives à la vie conjugale : tous les indicateurs de soutien conjugal ou de partage des tâches, le fait de se confier à son partenaire, le degré de bonheur dans le couple ;
- Variables liées au soutien social : se sentir accepté tel que l'on est par sa famille, se confier à sa famille ; avoir de gens sur qui l'on peut compter
- Variables relatives aux sources potentielles de stress : impression de courir toute la journée, impression d'être épuisée à l'heure du souper, perception de la mère de sa propre santé ;
- Caractéristiques sociodémographiques : âge de la mère, revenu total du ménage, niveau de scolarité de la mère, le fait d'être propriétaire de sa résidence.

Cette section a pour objectif principal de voir s'il existe des distinctions entre les facteurs associés à la présence de symptômes de dépression à chacun des temps étudiés. Les divers modèles testés nous ont permis d'arriver à quatre configurations de liens, donc quatre modèles parcimonieux, soit une pour chaque année de l'enquête utilisée. Ce sont ces quatre configurations qui sont exposées dans un premier temps. Par la suite, nous comparerons les modèles proposés afin de constater les divergences et similitudes existantes entre ceux-ci.

4.5.1. Facteurs pouvant être à l'origine de la présence de symptômes de dépression à la période postnatale (cinq mois après l'accouchement)

Les résultats présentés dans le tableau 4.8 nous indiquent que plus les mères sont jeunes, plus elles ont de chances de présenter des symptômes de dépression cinq mois après l'accouchement. Notons également que, selon ce modèle de régression, plus la mère a une mauvaise perception de sa propre santé plus elle a des chances de développer de tels symptômes. De même, si la mère ne se confie pas à sa famille ou moins elle considère recevoir de soutien de la part de son conjoint, ses chances augmentent dans le même sens.

Soulignons que la valeur du chi-carré du test Hosmer et Lemeshow¹⁹¹ est de 3,548 ($p \leq 0,895$), ce qui signifie que le modèle s'ajuste bien aux données.

Tableau 4.8 : Facteurs associés à la présence de symptômes de dépression chez les mères d'enfants de 5 mois

	b	Sig.	Exp. B (95% IC)
Âge de la mère			
▪ 26 ans et moins	1,323	0,006	3,753 (1,460 - 9,649)
▪ Entre 26 et 30 ans	0,852	0,086	2,344 (0,887 - 6,195)
▪ Entre 30 et 36 ans	0,949	0,047	2,583 (1,012 - 6,595)
▪ Plus de 36 ans (catégorie référence)			
Mauvaise perception de la mère de sa propre santé	1,108	0,001	3,028 (2,072 - 4,425)
La mère ne se confie pas à sa famille	0,850	0,001	2,339 (1,575 - 3,472)
Perception de la mère du soutien du conjoint pour les tâches ménagères			
▪ Très peu de soutien	1,770	0,001	5,873 (3,339 - 10,330)
▪ Soutien modéré	1,220	0,001	3,388 (1,884 - 6,092)
▪ Bon soutien	0,437	0,062	1,548 (0,979 - 2,448)
▪ Excellent soutien (catégorie référence)			

4.5.2. Facteurs pouvant être à l'origine de la présence de symptômes de dépression un an et demi après l'accouchement

Un an et demi après l'accouchement, les cinq facteurs qui expliquent le mieux la présence de symptômes de dépression sont : le fait d'être une jeune mère, avoir une mauvaise perception

¹⁹¹ Le test de Hosmer et Lemeshow (Goodness of fit) est un test de Chi-deux qui permet de mesurer la qualité de la modélisation. Ce Chi-deux permet de comparer les effectifs observés aux effectifs théoriques. On cherche une valeur de Chi-deux la « moins statistiquement significative » possible ($p > 0,05$).

de sa santé, le fait de ne pas se confier aux membres de sa famille, présenter un faible degré de bonheur dans son couple ainsi que le fait d'arriver épuisée au souper. La valeur du chi-carré du test Hosmer et Lemeshow est de 3,211 ($p \leq 0,920$).

Tableau 4.9 : Facteurs associés à la présence de symptômes de dépression chez les mères d'enfants d'un an et demi

	b	Sig.	Exp. B (95% IC)
Âge de la mère			
▪ 26 ans et moins	1,301	0,002	3,672 (1,623 – 8,310)
▪ Entre 26 et 30 ans	0,968	0,020	2,632 (1,165 – 5,946)
▪ Entre 30 et 36 ans	0,843	0,034	2,322 (1,068 – 5,052)
▪ Plus de 36 ans (catégorie référence)			
Mauvaise perception de la mère de sa propre santé	1,110	0,001	3,034 (2,024 – 4,546)
La mère ne se confie pas à sa famille	0,560	0,009	1,751 (1,150 – 2,667)
Faible degré de bonheur dans le couple	0,767	0,015	2,153 (1,164 – 3,983)
Présence de l'impression d'épuisement lors du souper	1,011	0,001	2,749 (1,512 – 5,000)

4.5.3. Facteurs pouvant être à l'origine de la présence de symptômes de dépression trois ans et demi après l'accouchement

Trois ans et demi après l'accouchement, quatre facteurs sont mis en lumière et forment un modèle dont la valeur du chi-carré du test Hosmer et Lemeshow est de 1,820 ($p \leq 0,769$). Ces facteurs sont les suivant : avoir une mauvaise perception de sa propre santé, présenter un faible degré de bonheur dans son couple, le fait d'arriver épuisée au souper et le fait de ne pas se confier à son partenaire.

Tableau 4.10 : Facteurs associés à la présence de symptômes de dépression chez les mères d'enfants de trois ans et demi

	b	Sig.	Exp. B (95% IC)
Mauvaise perception de la mère de sa propre santé	1,564	0,001	4,777 (3,049 – 7,486)
La mère ne se confie pas à son conjoint	0,790	0,014	2,203 (1,177 – 4,121)
Faible degré de bonheur dans le couple	1,422	0,001	4,144 (2,241 – 7,662)
Présence de l'impression d'épuisement lors du souper	1,643	0,001	5,169 (2,332 – 11,459)

4.5.4. Facteurs pouvant être à l'origine de la présence de symptômes de dépression environ cinq ans après l'accouchement

Finalement, environ cinq ans après l'accouchement, cinq facteurs se distinguent comme facteurs associés à la présence de symptômes de dépression. En effet, plus la mère est jeune, plus elle a de chances de démontrer de tels symptômes. Ces chances augmentent aussi si elle démontre une mauvaise perception sa santé ainsi qu'un faible degré de bonheur dans son couple. De même si elle considère arriver épuisée au souper et si elle n'a pas tendance à se confier à son partenaire. Ce modèle s'associe à un chi-carré du test Hosmer et Lemeshow d'une valeur de 4,162 ($p \leq 0,761$).

Tableau 4.11 : Facteurs associés à la présence de symptômes de dépression chez les mères d'enfants d'environ cinq ans

	b	Sig.	Exp. B (95% IC)
Âge de la mère			
▪ 26 ans et moins	-0,513	0,407	0,599 (0,178 – 2,011)
▪ Entre 26 et 30 ans	1,286	0,001	3,619 (1,983 – 6,603)
▪ Entre 30 et 36 ans	0,185	0,513	1,204 (0,691 – 2,098)
▪ Plus de 36 ans (catégorie référence)			
Mauvaise perception de la mère de sa propre santé	0,781	0,001	2,185 (1,360 – 3,509)
La mère ne se confie pas à son conjoint	1,033	0,001	2,810 (1,572 – 5,024)

Faible degré de bonheur dans le couple	2,038	0,001	7,679 (4,248 – 13,881)
Présence de l'impression d'épuisement lors du souper	2,093	0,001	8,110 (2,66 – 24,676)

4.5.5. Comparaison des modèles

Nous remarquons que les facteurs associés à la présence de symptômes dépressifs sont pratiquement identiques pour chacun des temps. En effet, nous relevons, pour les quatre années, une mauvaise perception de sa propre santé et des indicateurs d'un soutien conjugal déficient. Un élément intéressant à souligner est qu'un faible degré de bonheur dans le couple ainsi que le fait d'arriver épuisée au souper constituent des facteurs associés à la dépression pour tous les temps où ces questions ont été posées.

Une distinction est à faire entre les temps en ce qui concerne l'âge de la mère. En effet, il s'agit là d'un facteur identifié comme une cause potentielle de dépression à tous les temps sauf trois ans et demi après l'accouchement.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Les deux premiers chapitres nous ont permis d'analyser le phénomène de la dépression postnatale en posant notre regard sur les zones d'ombre qui entourent le problème ainsi qu'en exposant ses origines historiques et biomédicales. Comme nous l'avons vu au premier chapitre, ce sont cinq grandes caractéristiques, soit les symptômes, la temporalité, la fréquence, les causes et les conséquences de la dépression postnatale, qui sont avancés par certains experts pour la distinguer des autres types de dépression et donc permettre de démontrer sa spécificité^{192,193,194}. Pour cette raison, nous reprendrons dans ce chapitre ces caractéristiques afin de les mettre en lien avec nos résultats de recherche.

Rappelons également que notre analyse des paradoxes et des divergences de points de vue au sujet des caractéristiques de la dépression postnatale sont à l'origine de nos deux questions de recherche portant sur la spécificité du phénomène de la dépression postnatale : est-il plus fréquent de présenter des symptômes de dépression à la période du post-partum, soit cinq mois après l'accouchement que cinq ans après celui-ci ? Quels sont les facteurs associés à la

¹⁹² Brockington, I. (2004) "Diagnosis and management of post-partum disorders. A review", *World Psychiatry*, 3:2, p.89-95.

¹⁹³ Najman, J.M. et al. (2000) « Postnatal depression : myth and reality : maternal depression before and after the birth of a child », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, p.19-27.

¹⁹⁴ Romito, P. (1990) *La naissance du premier enfant*, Paris : Delachaux et Niestle.

présence de symptômes de dépression chez les mères de jeunes enfants ? Nous avons exposé, au chapitre précédent nos résultats de recherche qui permettent de proposer des réponses à ces deux questions. Ainsi, en premier lieu, ces éléments de réponse seront mis en lien avec les caractéristiques dites « spécifiques » de la dépression postnatale. Ensuite, nous présenterons les contraintes et limites de notre étude.

5.1. Interprétation des résultats

Dans cette section, nous nous attarderons en premier lieu à mettre en lumière les liens qui unissent nos résultats de recherche et l'état des connaissances scientifiques au sujet de la fréquence ainsi que de la temporalité de la dépression postnatale. Nous présenterons ensuite les liens qui unissent les facteurs associés à la présence de symptômes dépressifs selon nos analyses et ceux présentés dans les écrits.

5.1.1. Fréquence et temporalité des symptômes dépressifs

Comme nous l'avons vu au premier chapitre, la fréquence et la temporalité (tel que définies aux sections 1.3.3 et 1.3.2 respectivement) sont deux caractéristiques pouvant être mises en lien avec la dépression postnatale. En effet, le terme « dépression postnatale » suggère implicitement que la dépression serait plus fréquente dans les mois suivant l'accouchement (voir la section 1.3). Suivant ce raisonnement, les mois qui suivent l'accouchement devraient normalement s'associer à des taux de dépression plus élevés et représenteraient une période de temps plus propice à l'apparition de symptômes de dépression. Ces deux caractéristiques permettraient donc de justifier le caractère spécifique de la dépression postnatale.

Selon les études au sujet de la dépression postnatale que nous avons recensée dans le premier chapitre, le taux « attendu » de dépression dans les premiers mois suivants l'accouchement se

situé généralement autour de 10 %^{195,196,197,198,199}. La question qui se pose est donc la suivante : retrouve-t-on la même proportion de femmes déprimées dans les années qui suivent l'accouchement ? Une question semblable se pose également au sujet du moment d'apparition de la dépression : la dépression présente à la période postnatale s'atténue-t-elle lorsque cette période se termine ou les dépressions sont-elles toujours présentes dans les années qui suivent l'accouchement ?

Nos résultats, présentés au chapitre précédent, révèlent qu'aux trois premiers temps étudiés, environ 10% des femmes présentent des symptômes de dépression. Cette proportion augmente à 12% cinq ans après l'accouchement (voir figure 4.1). Un fait intéressant à souligner est que l'attrition de l'échantillon n'amoindrit en rien le nombre de mères qui présentent des symptômes de dépression. Malgré le fait que les mères les plus susceptibles de démontrer des symptômes de dépression ne fassent pas partie de l'échantillon final, nous retrouvons une proportion plus élevée de mères présentant de tels symptômes cinq ans après l'accouchement. Nos résultats sont donc similaires à ceux de Najman et ses collègues²⁰⁰ qui suggèrent que les taux de dépression seraient plus élevés durant la grossesse et cinq ans après l'accouchement qu'à la période post-partum. Nos résultats démontrent également que les symptômes de dépression ne surviennent pas plus fréquemment à la période postnatale. En effet, de nouveaux cas de mères « déprimées » surviennent un an et demi après l'accouchement (voir figure 4.2). Le postulat sur lequel reposent plusieurs recherches sur la

¹⁹⁵ des Rivières-Pigeon, C., Saurel-Cubizolles, M-J. et P. Romito. (2003), "Psychological distress one year after childbirth : A cross-cultural comparison between France, Italy and Quebec", *European Journal of Public Health*, 13, p.218-225.

¹⁹⁶ Lee, D.T.S. et Chung, T.K.H. (2007) "Postnatal depression : an update", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21:2, p.183-191.

¹⁹⁷ Romito, P., Saurel-Cubizolles, M-J. et Lelong, N. (1999) "What makes mothers unhappy: psychological distress one year after childbirth in Italy and France", *Social Science & Medicine*, 49, p.1651-1661.

¹⁹⁸ Henshaw, C.A. et Cox, J.L. (1995) "Postnatal depression", *Current obstetrics and gynaecology*, 5, p.70-74.

¹⁹⁹ Pitt, B. (1968) "Atypical" Depression After Childbirth", *British Journal of Psychiatry*, 114, p.1325-1335.

²⁰⁰ Najman, J.M. *et al.*, *op.cit.*

dépression postnatale, selon lequel une proportion plus élevée de mères présentera des symptômes de dépression à la période du post-partum, nécessite donc d'être remis en question.

Nos résultats soulèvent donc les questions suivantes : pourquoi la dépression est-elle perçue, tant dans le discours populaire que dans le milieu scientifique, comme un problème qui affecte particulièrement les nouvelles mères ? Pourquoi favoriser une prise en charge médicale de la période du post-partum, par la création d'un diagnostic spécifique, alors que les mères d'enfants plus âgés présentent des taux aussi élevés de dépression ? Une des hypothèses qui peut être envisagée est que la médicalisation de l'accouchement et de la maternité a favorisé la création d'un diagnostic spécifique de dépression parce que les femmes enceintes et les nouvelles mères ont des contacts fréquents avec les spécialistes de la santé (voir la section 2.2). Dans les années qui suivent l'accouchement, la proximité avec le domaine médical étant moindre ou faisant l'objet de moins d'attention, il est possible que les symptômes de dépression soient plus rarement identifiés.

Selon Brockington²⁰¹, le diagnostic de « dépression postnatale » pourrait être bénéfique pour les mères ayant des symptômes de dépression puisqu'il incite à reconnaître l'existence d'un problème et l'urgence de le prendre en charge. Toujours selon Brockington, le diagnostic de « dépression postnatale » pourrait aussi favoriser la recherche d'aide pour les mères. Toutefois, suivant la logique de cet auteur, ne devrait-on pas apposer également un diagnostic spécifique aux dépressions qui surviennent plus tard après l'accouchement ? Devrait-on les qualifier de « dépressions maternelles » afin de faciliter la recherche d'aide ? Nous croyons que la multiplication des diagnostics spécifiques pour des dépressions qui surviennent à différents moments n'est pas nécessairement la solution aux problèmes vécus par ces femmes. Il pourrait être plus utile, au contraire, d'élargir la cible des interventions afin de couvrir plus de femmes et non seulement un groupe considéré, probablement à tort, comme étant plus à risque.

²⁰¹ Brockington, I., *op.cit.*

D'autres auteurs considèrent que la création d'un diagnostic spécifique pour les « dépressions postnatales » n'a pas que de bons côtés. Selon Nicolson²⁰², ce diagnostic suggère que le « problème » réside « dans » la mère elle-même alors que son origine est, au contraire, liée au contexte dans lequel elle évolue. Le diagnostic évacuerait donc une partie importante de l'expérience vécue par les mères. Cette analyse peut également être mise en lien avec celle que fait Lupton²⁰³ dans sa critique du modèle biomédical. En effet, dans cette perspective « décontextualisée » de la dépression postnatale le corps est considéré comme un objet et la maladie comme ayant une origine « interne » uniquement.

Sur le plan de la santé publique, la création d'un diagnostic spécifique pour les dépressions présentes à la période postnatale pourrait également avoir des effets négatifs en menant à des priorités basées sur des postulats erronés. En effet, en mettant l'accent sur les dépressions présentes dans la période du post-partum, la création d'un diagnostic spécifique pourrait avoir pour effet de causer et de faire en sorte que l'on néglige les dépressions survenant plus tard. Nos résultats, ainsi que ceux d'autres études^{204,205} menées en Australie et en Italie, amènent à penser que les efforts de prévention et d'intervention devraient être maintenus en tout temps puisque les femmes démontrent plus de symptômes cinq ans après l'accouchement que dans l'année qui suit la naissance d'un enfant. Il ne faudrait donc pas négliger les mères d'enfants d'âge préscolaire qui peuvent vivre, elles aussi, des problèmes dépressifs.

²⁰² Nicolson, P. (2003) "Postpartum Depression - Women's Account of Loss and Change" (p.113-138) dans J.M. Stoppard and L.M. McMullen, *Situating Sadness: Women and Depression in Social Context*, New York et London : New York University Press, 228 p.

²⁰³ Lupton, D. (2000) "The social construction of medicine and the body" (chap. 1.4 p.50-63) in G.L. Albrecht, R. Fitzpatrick, S.C. Scrimshaw, *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications, 546 p.

²⁰⁴ Najman, J.M. *et al,op.cit.*

²⁰⁵ des Rivières-Pigeon, C. et Romito, P. (2004), « Dépression postnatale, dépression maternelle ou dépression tout court ? Évolution de la santé mentale des mères dans les 3 années suivant une naissance », Communication présentée au 72^e congrès de l'ACFAS.

Des recherches subséquentes devront aussi être menées afin de documenter la fréquence des dépressions chez les mères en période post-natale et chez les mères d'enfants plus âgés. Toutefois, nous pouvons déjà relever une constante entre notre recherche ainsi que celles mentionnées précédemment ayant été menées en Australie et en Italie : la fréquence de la présence de symptômes de dépression chez les mères n'est pas plus élevée durant la période post-natale. Ces recherches présentent donc des résultats similaires, et ce, malgré les contextes d'étude différents.

Enfin, nos résultats démontrent que les mêmes facteurs sont associés à la présence de symptômes de dépressions, peu importe leur moment d'apparition. Il est donc important de mettre en lumière le fait que des problèmes tout à fait similaires peuvent survenir plus tard après l'accouchement et qu'ils sont tout aussi nuisibles pour la santé psychologique que les problèmes présents dans les mois suivant l'accouchement.

5.1.2. Le contexte social comme facteur explicatif de la dépression chez les mères

Les résultats de notre recherche confirment que les années qui suivent la naissance d'un enfant, et non seulement l'année post-partum, sont fréquemment associées à des symptômes de dépression pour les mères. Cette constatation soulève à nouveau un questionnement : si le taux de dépression n'est pas plus élevé durant la période post-partum, en quoi la dépression dite « postnatale » se distingue-t-elle de celles survenant plus tard, alors que l'enfant est âgé de trois ou cinq ans ? Les facteurs associés à la présence de symptômes de dépression auraient pu constituer la réponse à cette question. Par exemple, les dépressions survenant à la période postnatale pourraient être davantage associées à des facteurs de type psychologique, comme la perception qu'ont les femmes d'être une mère adéquate, alors que celles qui affectent les mères d'enfants plus âgés pourraient être davantage liées à des difficultés financières ou à des difficultés conjugales. Il aurait alors été possible de qualifier la dépression postnatale de « phénomène spécifique » étant donné les facteurs précis qui y seraient associés.

Comme nous l'avons exposé dans le premier chapitre, les recherches antérieures sur la dépression postnatale ont mis en lumière certains facteurs qui sont fréquemment en lien avec ce phénomène. Plusieurs auteurs ont mis en relation la dépression postnatale avec le contexte social et familial entourant les nouvelles mères^{206,207}. À titre d'exemple, le manque de soutien social, familial ou conjugal viendrait affecter de façon négative la santé psychologique des mères. Une majorité d'auteurs s'entendent pour dire que les facteurs biologiques associés au phénomène sont insuffisants pour expliquer la dépression chez les mères. Des éléments autres que les bouleversements hormonaux associés à la grossesse et l'accouchement ont clairement une influence sur la santé psychologique des mères.

Les quatre modèles de régression logistique que nous avons effectués dans le but d'expliquer la présence de symptômes de dépression chez les mères de notre échantillon s'inscrivent dans un modèle de la dépression que l'on peut qualifier de « social ». Notre modèle social de la dépression nous a permis de mettre en lien la présence de symptômes de dépression chez les mères avec plusieurs facteurs explicatifs. Nous avons intégré aux modèles les éléments du contexte de vie et les caractéristiques sociodémographiques des mères plutôt que des facteurs explicatifs d'ordre biologique puisque ces derniers n'étaient pas présents au sein de l'ÉLDEQ. Dean²⁰⁸ mentionne que les recherches sur les phénomènes de santé ont avantage à utiliser ce type de modèle plutôt qu'un modèle strictement biomédical où l'étude d'une cause unique est souvent privilégiée.

²⁰⁶ Najman, J.M. *et al*, *op.cit.*

²⁰⁷ Lee, D.T.S. et Chung, T.K.H., *op.cit.*

²⁰⁸ Dean, K. (2004) « The role of methods in maintaining orthodox beliefs in health research », *Social science and medicine*, 58, p.675-685.

Les résultats de notre recherche s'inscrivent en continuité avec ceux des recherches précédentes^{209,210,211,212}, puisque les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales des mères ont pu être mises en lien avec la présence de symptômes de dépression chez celles-ci. Ainsi, le contexte de vie des mères vient vraisemblablement influencer leur état de santé psychologique. Nos résultats corroborent l'idée selon laquelle les facteurs biologiques ne doivent pas être considérés comme les seuls éléments explicatifs de la dépression chez les mères.

Comme le démontrent nos résultats, le rôle du conjoint est un élément-clé pour comprendre la dépression chez les mères. Afin d'apporter le plus de soutien possible aux mères, il est donc essentiel que les conjoints des mères dépressives soient sensibilisés à la manière dont les femmes vivent cette expérience, et ce, quel que soit le moment où survient cette dépression. Cette observation s'inscrit dans le sens de celle d'Everingham, Heading et Connor²¹³, qui expliquent que le conjoint pourrait comprendre de manière différente l'expérience de dépression de la mère, ce qui viendrait causer certaines tensions dans le couple. Fournir des explications aux conjoints sur l'expérience vécue par les femmes pourrait donc favoriser un meilleur soutien tant instrumental que moral.

²⁰⁹ Mauthner, N.S. (1998) "It's a Woman's Cry for Help: A Relational Perspective on Postnatal Depression", *Feminism Psychology*, 8, p. 325-355.

²¹⁰ Sanderson, C.A. (2004). *Health Psychology*, États-Unis : John Wiley & Sons, Inc., 698 p.

²¹¹ Stuchbery, M., Matthey, S. et Barnett, B. (1998) "Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 13, p.483-490

²¹² Séguin, L., Potvin, L., St-Denis, M. et Loiselle, J., (1999) "Socio-Environmental Factors and Postnatal Depressive Symptomatology : A longitudinal Study", *Women & Health*, 29 :1, p. 66.

²¹³ Everingham, C.R., Heading, G. et Connor, L. (2006) "Couples' experiences of postnatal depression: A framing analysis of cultural identity, gender and communication", *Social Science & Medicine*, 62, 7, 1745-1756.

La thèse de certaines chercheuses féministes²¹⁴, présentée dans le deuxième chapitre, selon laquelle les symptômes dépressifs constituent une réponse à un contexte de vie difficile plutôt qu'un problème d'ordre médical, ne doit donc pas être écartée. Nos résultats vont dans le sens des travaux de Romito²¹⁵ puisque la présence de symptômes dépressifs est, dans notre étude, clairement liée aux conditions défavorables du contexte de vie des mères. Le développement de symptômes chez les mères est donc bel et bien en lien avec l'environnement social des femmes.

Comme nous avons pu le constater, les facteurs associés à la présence de symptômes de dépression sont les mêmes à tous les temps : les mêmes facteurs se révèlent associés à la dépression postnatale (présente à cinq mois) qu'aux dépressions présentes plus tard. De plus, nos résultats révèlent qu'il s'agit des mêmes facteurs qui sont habituellement associés à l'épisode dépressif majeur (voir la section 1.1). Ces facteurs ne sont donc pas spécifiquement associés à la maternité. Ce constat remet donc en question le caractère spécifique de la dépression postnatale.

5.1.3. Les dépressions des mères, un éloignement de la norme ?

Bien entendu, ce ne sont pas toutes les femmes déprimées qui vivent dans un contexte de vie difficile. Il serait également incorrect d'affirmer que toutes les femmes vivant dans des conditions de vie difficiles développeront des symptômes de dépression. Toutefois, ces dernières ont un risque plus élevé de développer de tels symptômes. De plus, comme le suggère Stoppard²¹⁶, il existe sans doute des éléments « invisibles » qui affectent la vie des femmes, quel que soit leur milieu de vie. À titre d'exemple, le discours populaire sur la maternité pourrait être considéré comme un de ces éléments « invisibles ».

²¹⁴ Mauthner, N.S. (1995) "Postnatal Depression : The Significance of Social Contacts Between Mothers", *Women's Studies International Forum*, vol. 18, no.3, p.311-323.

²¹⁵ Romito, P., *op.cit.*

²¹⁶ Stoppard, J.M. (2000). *Understanding Depression · Feminist social constructionist approaches*, Londres et New York : Routledge, p.239.

Comme nous l'avons souligné dans le deuxième chapitre, la grossesse et l'accouchement sont des périodes de la vie qui font l'objet d'une « prise en charge », autant au point de vue social que médical. Les discours sur le rôle de mère et la maternité sont clairs au sein de notre société : les mères doivent être heureuses lors de la naissance de leur enfant, le cas contraire relève d'un problème. En effet, toujours selon Stoppard, la difficulté de certaines femmes à ressentir du bonheur lorsqu'elles deviennent mères est souvent perçue comme un signe de dépression. Comme le suggère Romito²¹⁷, il existerait un décalage entre le discours sur le rôle de mère, par lequel une image strictement positive de la maternité est véhiculée, et l'expérience vécue par les mères en réalité, celle-ci étant souvent associée à la détresse ou de la dépression. Ce discours qu'entretiendraient les personnes entourant les mères pourrait être la cause d'attentes pour ces dernières sur la façon dont elles vivront l'expérience de la maternité. Selon Mauthner²¹⁸, ne pas arriver à combler ces attentes pourrait donc être la source de problèmes. Nos résultats tendent à confirmer cette idée puisqu'une proportion non négligeable, soit environ 10% des mères, présente des symptômes de dépression que ce soit cinq mois après l'accouchement ou cinq ans après celui-ci. L'image de la mère comblée et épanouie n'est donc pas la réalité pour toutes ni à la période postnatale ni dans les années suivantes.

De notre culture émane une vision « naturaliste » de la maternité et du rôle que la mère doit jouer face à son enfant. La nature de l'expérience de la maternité est souvent perçue comme étant strictement biologique et, comme nous l'avons mentionné dans le chapitre deux, la notion « d'instinct maternel » fait toujours partie du discours populaire malgré les nombreux écrits questionnant celui-ci. Ainsi, la dépression postnatale peut alors être considérée comme étant contre nature puisqu'elle ne correspond pas à l'expérience positive attendue normalement.

²¹⁷ Romito, P., *op.cit.*

²¹⁸ Mauthner, N.S., *op.cit.*

De plus, l'idée qu'un lien privilégié, existant entre la mère et son enfant permet de favoriser le bon développement de l'enfant, se dégage des courants psychologiques du XIXe et XXe siècles que nous avons abordés au chapitre deux. Il est probable que cette idée permet en partie de justifier l'instauration d'un diagnostic de dépression post-natale. Les dépressions des nouvelles mères ne deviennent alors plus seulement « anormales », mais viennent aussi influencer négativement le développement de l'enfant.

La médicalisation de la maternité, notamment par la prise en charge médicale des symptômes dépressifs des mères, pourrait aussi mener à l'idée selon laquelle il y aurait quelque chose d'anormal avec le fait de ressentir de tels symptômes. Cette prise en charge sous-entend une cause biologique ou hormonale à un phénomène considéré comme non conforme à la norme. À la lumière de nos résultats, nous pouvons soulever l'hypothèse selon laquelle le fait d'apposer un diagnostic spécifique aux dépressions qui affectent les nouvelles mères, en offrant une « explication médicale » à ces symptômes dépressifs, permettrait de les justifier.

5.1.4. Les conséquences de la présence de symptômes de dépression chez les mères

L'objectif de ce mémoire n'était pas d'évaluer les conséquences de l'état de santé psychologique des mères. Toutefois, il est important de rappeler que selon plusieurs auteurs^{219,220,221}, la dépression postnatale tout comme la dépression à d'autres périodes de la vie, peut avoir de graves conséquences sur les mères elles-mêmes, sur la relation entre les mères et leur conjoint ainsi que sur la relation entre les mères et leur enfant.

Bien que nous ayons questionné le caractère spécifique de la dépression postnatale, nous croyons également que les conséquences des dépressions qui affectent les mères ne doivent pas être prises à la légère, que les dépressions surviennent dans l'année post-partum ou

²¹⁹ Everingham, C.R., Heading, G. et Connor, L., *op.cit.*

²²⁰ Henshaw, C.A. et Cox. J.L., *op.cit.*

²²¹ Kumar, R. (1994) "Postnatal mental illness: a transcultural perspective", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, p.250-264.

qu'elles apparaissent plus tard après l'accouchement. Comme l'ont démontrés nos résultats, une proportion importante de mères présente des symptômes de dépression après la naissance d'un enfant (à cinq mois ou cinq ans après l'accouchement) et il est fort probable que le fait de ressentir des symptômes dépressifs à tout moment affecte la qualité de vie de ces femmes et de leurs proches.

En ce qui concerne les mères elles-mêmes, Everingham, Heading et Connor²²² ont insisté sur le fait qu'un diagnostic de dépression postnatale pourrait s'associer à une stigmatisation sociale puisque ce diagnostic peut être perçu de façon négative par les proches des mères. De plus, le stress et les tensions vécues par la mère pourraient affecter le développement de l'enfant sur plusieurs aspects. À titre d'exemple, selon Henshaw et Cox²²³, les enfants de mères dépressives pourraient notamment présenter plus de troubles de comportement. Ces conséquences peuvent également s'appliquer dans les cas où la dépression est présente plus tard après l'accouchement.

Cela démontre, une fois de plus, que les dépressions des mères, comme toutes les autres dépressions, doivent être prises au sérieux, et ce, peu importe le moment d'apparition puisque des conséquences peuvent être ressenties à tout moment. Comme une proportion importante de femmes présente des symptômes de dépression plus tard après l'accouchement, la prévention et les interventions auprès des mères et de leur entourage doivent être constantes et non pas se concentrer uniquement sur la période du post-partum.

²²² Everingham, C.R., Heading, G. et Connor, L., *op.cit.*

²²³ Henshaw, C.A. et Cox. J.L., *op.cit.*

5.2. Limites et contraintes

La réalisation d'un projet de recherche comme celui présenté dans le cadre de ce mémoire de maîtrise s'associe à certaines limites. Les principales limites de notre étude portent sur l'utilisation de données secondaires ainsi que sur l'approche quantitative qui a été adoptée pour réaliser notre projet.

En premier lieu, l'utilisation de données secondaires implique de rediriger l'objectif de recherche d'une enquête pour l'utiliser à d'autres fins. Cela ne s'effectue pas sans problème puisque le chercheur doit alors travailler avec les données disponibles et non pas créer une base de données totalement adaptée à son projet de recherche. Ainsi, une des limites s'associant à notre recherche est l'inconstance des variables présentes dans l'ÉLDEQ aux divers moments de mesure. Les indicateurs que nous avons choisis comme facteurs potentiellement associés à la dépression postnatale devaient changer, car ces questions posées aux mères différaient selon les années. Cependant, nous avons pu dresser des correspondances entre les variables qui différaient et trouver un fil conducteur à travers les temps de l'enquête que nous avons utilisés.

Mentionnons également que l'enquête que nous avons utilisée ne comportait aucune question sur les aspects biologiques de la santé des mères ni sur les antécédents dépressifs. Il aurait été intéressant de savoir si les mères déprimées cinq mois après l'accouchement l'étaient également avant. Bien que cette information aurait été utile pour l'interprétation des résultats, cette limite ne change rien au fait qu'une proportion plus élevée de mères présente des symptômes de dépression cinq ans après l'accouchement qu'à la période post-partum.

Une autre des limites de notre recherche est relative à l'approche quantitative que nous avons privilégiée. Ce type d'approche présente plusieurs avantages, notamment en ce qui concerne la possibilité d'analyser un vaste échantillon et de généraliser les résultats, mais possède tout de même quelques inconvénients. Le principal inconvénient est le fait que le discours des

mères n'est pas pris en compte. Une approche qualitative aurait permis d'aller directement évaluer le discours des femmes concernant leur expérience. L'échelle auto rapportée que nous avons utilisée ne permet pas d'avoir accès à ce type d'information. Les réponses que les mères ont fournies aux questions sont donc plus limitées puisqu'elles sont restreintes par les questionnaires. Toutefois, ces réponses demeurent valides puisqu'elles sont données par les femmes et correspondent à leurs perceptions. De plus, comme c'est toujours le cas, les réponses aux questions sont de nature subjective et il est possible que les répondantes aient pu être influencées par certains facteurs, tels que la désirabilité sociale.

Enfin, il est important de mentionner que l'échelle CES-D n'est pas une échelle conçue pour effectuer le diagnostic de dépression, mais un outil pour évaluer les problèmes dépressifs dans le cadre d'une recherche au sein d'une population. Ainsi, nous avons relevé la présence de symptômes de dépression sans pouvoir affirmer qu'il s'agissait effectivement d'une « dépression » au sens clinique du terme puisque ce terme est réservé au diagnostic posé par un médecin. Toutefois, cet instrument de mesure et les analyses effectuées permettent de tracer un portrait global et valide de l'évolution de la santé psychologique des mères après l'accouchement. Mentionnons également que cette échelle est l'une des plus fréquemment utilisées pour mesurer la présence de symptômes dépressifs dans le cadre d'enquêtes populationnelles.

CONCLUSION

Cette recherche nous a permis d'étudier le caractère spécifique de la dépression postnatale. Deux voies d'analyse ont été choisies à cet effet. D'abord, nous avons comparé la proportion de mères présentant des symptômes de dépression cinq mois après l'accouchement à celle recensée un an et demi, trois ans et demi et cinq ans après la naissance de l'enfant. L'idée sous-jacente à cette première démarche étant que si une dépression postnatale spécifique existe, le nombre de femmes présentant des symptômes de dépression recensé dans les mois suivant l'accouchement devrait normalement être plus élevé que celui recensé plus tard. Ensuite, nous avons comparé les facteurs s'associant à la présence de symptômes de dépression à chacun des temps étudiés. Cette démarche avait pour but d'identifier des facteurs distincts pour les dépressions présentes dans les mois suivants l'accouchement comparativement aux dépressions survenant plus tard. De par les résultats obtenus, nous sommes à même de constater que la dépression postnatale ne se distingue des autres dépressions chez les mères de jeunes enfants ni par sa fréquence ni par les facteurs qui s'y associent.

En effet, nous avons constaté que les facteurs associés à la présence de symptômes dépressifs sont très similaires à chacun des temps. Pour les quatre temps de mesure, nos résultats démontrent qu'une mauvaise perception de sa propre santé et des indicateurs d'un soutien social déficient sont en relation avec la présence de symptômes de dépression. De plus, avoir un faible degré de bonheur dans son couple ainsi que le fait d'arriver épuisée au souper constituent également des facteurs associés à la dépression pour tous les temps où ces questions ont été posées, soit à un an et demi, trois ans et demi et cinq ans après l'accouchement.

Ainsi, cette étude longitudinale de l'état de santé psychologique des mères dans les cinq années suivant l'accouchement nous a permis de mieux situer le contexte social qui favorise l'apparition des sentiments dépressifs. Le portrait que nous avons tracé de la réalité vécue par les femmes dans les cinq années qui suivent l'accouchement est profitable à la fois pour les intervenants et pour les chercheurs s'intéressant au phénomène. En effet, mieux comprendre le contexte de vie des mères et la relation entre celui-ci et l'état de santé psychologique permet de mieux cibler les actions portées envers les femmes. Ainsi, nous pourrions favoriser une meilleure adaptation au rôle de mère, mais également améliorer la sensibilisation aux difficultés pouvant survenir plus tard après l'accouchement, notamment dans les années qui suivent celui-ci.

Un des objectifs de notre recherche était de fournir une compréhension autre que celle basée sur le diagnostic de dépression postnatale émanant du domaine biomédical. Comme plusieurs des recherches scientifiques que nous avons abordées dans le premier chapitre, nous avons cherché une alternative à cette pensée « dominante » qui est grandement critiquée.

Une autre avenue de recherche intéressante à suivre serait d'interroger les mères au sujet des causes potentielles de leurs symptômes dépressifs. Pour elles, les causes sont-elles d'ordre biomédical ou bien d'ordre psychosocial ? Le discours même des mères pourrait alors être mis en lien avec les résultats d'études quantitatives comme celle qui a été effectuée ici. L'étude du discours des mères permettrait aussi de voir si leur propos au sujet de la dépression s'inscrit dans un lien avec les différents discours biomédical ou social que nous avons décrit. Les besoins des mères relativement au type de soutien qu'elles recherchent, bien que ciblés dans notre étude, pourraient être mieux définis par l'analyse de leur discours. Il serait important d'arriver à cibler les préoccupations des mères d'enfants de tous âges et non seulement les mères de bébés. Le rôle de mère évolue aussi lorsque l'enfant grandit et l'adaptation à ce rôle s'effectue parallèlement à l'arrivée de nouveaux défis liés à la maternité.

Il serait également pertinent d'examiner plus en profondeur les liens particuliers existants entre le soutien conjugal et la dépression. Il est possible que ces deux éléments s'influencent mutuellement, c'est-à-dire que peu de soutien de la part du conjoint pourrait « causer » la dépression, mais la dépression pourrait elle aussi influencer la relation conjugale. Nul doute qu'une meilleure compréhension de la relation entre les problèmes conjugaux et la dépression pourra aussi améliorer la compréhension de la façon dont cette dépression est vécue par les mères.

Il semble clair que la dépression s'associe à des variables de nature culturelle et sociale. En effet, la façon de désigner le phénomène a évolué dans le temps, passant de la mélancolie à la dépression et la vision portée sur ce phénomène a également évoluée. Il en est de même pour le discours populaire sur la maternité. Dans le cadre de notre recherche, nous avons pu nous pencher sur la dépression des mères comme phénomène occidental, mais porter un regard sur l'expérience des mères d'autres cultures pourrait s'avérer très enrichissant. Par exemple, dans certaines cultures où la maternité est moins prise en charge médicalement, les femmes ressentent-elles de la tristesse dans une même proportion ? Et si oui, comment explique-t-on ce phénomène ? L'observation de ces autres situations et modèles de pensée face à la maternité pourrait donc ajouter à notre vision et élargir le champ d'intervention relatif à la dépression.

Finalement, étudier le contexte d'émergence des symptômes de dépression chez les mères de jeunes enfants mène à des questionnements sur de plus larges enjeux sociaux. En effet, ces questions touchent à la fois à la vision sociale de la maternité, aux rapports sociaux de sexe et au contexte entourant le développement des enfants. S'y intéresser revient donc à embellir l'avenir de plusieurs nouvelles mères et nouvelles familles.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM IV 4th ed. American Psychiatric Press, Inc. Washington D.C.
- Badinter, E. (1980). *L'amour en plus*, France : Flammarion, 372 p.
- Brockington, I. (2004) "Diagnosis and management of post-partum disorders. A review", *World Psychiatry*, 3:2, p.89-95.
- Brockington, I. (2004) "Postpartum psychiatric disorders", *The Lancet*, vol.363, p.303-310.
- Brown, G.W. et Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorders in Women*, Londres: Tavi-Stock.
- Chabrol, H. (1998). *Les dépressions de la maternité*, collection Que sais-je ?, Paris : PUF, p.27.
- Cooper, C. et al. (2007) "Clinical presentation of postnatal and non-postnatal depressive episodes", *Psychological Medicine*, 37, p.1273-1280.
- Cooper, P.J. et Murray, L. (1998) "Fortnightly review: postnatal depression", *British Medical Journal*, 316, p.1884-1886.
- Dean, K. (2004) « The role of methods in maintaining orthodox beliefs in health research », *Social science and medicine*, 58, p.675-685.
- De Koninck, M. (1995). « La gestion biomédicale du corps des femmes : un progrès ? » (p.33-42) dans Bouchard, L. et Cohen, D. (dir.), *Médicalisation et contrôle social : actes du colloque tenu le 17 mai 1994 à l'Université du Québec à Montréal dans le cadre du 62^e Congrès de l'ACFAS*, Les cahiers scientifiques, Québec, 173 p.
- Descarries, F. et C. Corbeil. (1998) « Articulation famille-travail : y a-t-il un sens ? », Communication présentée au 66e congrès de l'ACFAS.

- des Rivières-Pigeon, C. (2002). « Une approche interdisciplinaire pour l'étude de la dépression postnatale » (p.402-427), dans F. Descarries et C. Corbeil (dir.), *Espaces et temps de la maternité*, Montréal : Éditions du remue-ménage, 543 p.
- des Rivières-Pigeon, C. et Romito, P. (2004), « Dépression postnatale, dépression maternelle ou dépression tout court ? Évolution de la santé mentale des mères dans les 3 années suivant une naissance », Communication présentée au 72e congrès de l'ACFAS.
- des Rivières-Pigeon, C., Romito, P. et Saurel-Cubizolles, M-J. (2002). "Division of Domestic Work and Psychological Distress One Year After Childbirth : A Comparison Between France, Quebec and Italy", *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12 : 397-409.
- des Rivières-Pigeon, C., Saurel-Cubizolles, M-J. et P. Romito. (2003), "Psychological distress one year after childbirth : A cross-cultural comparison between France, Italy and Québec", *European Journal of Public Health*, 13, p.218-225.
- Detrez, C. (2002). *La construction sociale du corps*, France : Éditions du Seuil.
- Direction Santé Québec. (1999), *ELDEQ : Questionnaire informatisé rempli par l'interviewer (QIRI-EI)*, Institut de la statistique du Québec, Québec, 156 p.
- Dykes, F. (2005). "Supply and demand: breastfeeding as labour". *Social Science & Medicine*, 60, 10, p.2283-93.
- Ehrenberg, A. (2000) *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Éditions Odile Jacob : Paris.
- Esquirol, E. (1838). « De l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices » dans : *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris : Baillière, p.230-73.
- Everingham, C.R., Heading, G. et Connor, L. (2006) "Couples' experiences of postnatal depression: A framing analysis of cultural identity, gender and communication", *Social Science & Medicine*, 62, 7, 1745-1756.
- Ferreri, M., Ferreri, F. et Nuss, P. (2003) *La dépression au féminin*, Paris, John Libbey Eurotext, 139 p.

- Freund, P. et McGuire, M. (1991). "The Social Construction of Medical Knowledge" (chap.9, p.203-229), *Health, Illness, and the social Body*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, p.213.
- Gauvreau, D. (1991) « Destins de femmes, destins de mères : Images et réalités historiques de la maternité au Québec », *Recherches Sociographiques*, XXXII, 3, p.321-346.
- Halbreich, U. et Karkun, S. (2006) "Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms", *Journal of Affective Disorders*, 91, p.97-111.
- Henshaw, C.A. et Cox, J.L. (1995) "Postnatal depression", *Current obstetrics and gynaecology*, 5, p.70-74.
- Jenkins, J., and Keating, D. (1999). *Les risques et la résistance chez les enfants de six et de dix ans*, Applied Research Branch, Strategic Policy, Human Resources Development Canada, Ottawa.
- Jetté, M. et L. Des Groseilliers (2000). "L'enquête : description et méthodologie" dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, no 1, 176 p.
- Kitabgi, S. (2003). « Les médecins du 19^e siècle face au corps féminin : les enjeux sociaux et politiques de l'apparence féminine » (p.71-84), dans L. Ciosi-Houcke et M. Pierre (dir.), *Le corps sens dessus dessous : regard des sciences sociales sur le corps*, France : L'Harmattan, 208 p.
- Kumar, R. (1994) "Postnatal mental illness: a transcultural perspective", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, p.250-264.
- Lafrance, M. N. et Stoppard, J.M. (2006). "Constructing a Non-depressed Self : Women's Accounts of Recovery from Depression", *Feminism & Psychology*, vol. 16(3), p.307-325.
- Lee, D.T.S. et Chung, T.K.H. (2007) "Postnatal depression : an update", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21:2, p.183-191.
- Lupton, D. (2000) "The social construction of medicine and the body" (chap. 1.4 p.50-63) in G.L. Albrecht, R. Fitzpatrick, S.C. Scrimshaw, *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications, 546 p.

- Marcé, L.V. (1858). *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, Paris : Baillière et fils, 394 p.
- Mauthner, N.S. (1995) "Postnatal Depression : The Significance of Social Contacts Between Mothers", *Women's Studies International Forum*, vol. 18, no.3, p.311-323.
- Mauthner, N.S. (1998) "It's a Woman's Cry for Help: A Relational Perspective on Postnatal Depression", *Feminism Psychology*, 8, p. 325-355.
- Milgrom, J. et al. (2006) "Stressful impact of depression on early mother-infant relations", *Stress and Health*, 22, p.229-238.
- Minois, G. (2003) *Histoire du mal de vivre : De la mélancolie à la dépression*, Éditions de La Martinière : Paris, 478 p.
- Najman, J.M. et al. (2000) « Postnatal depression : myth and reality : maternal depression before and after the birth of a child », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, p.19-27.
- Nicolson, P. (2003) "Postpartum Depression : Women's Account of Loss and Change" (p.113-138) dans J.M. Stoppard and L.M. McMullen, *Situating Sadness: Women and Depression in Social Context*, New York et London : New York University Press, 228 p.
- Nielsen Forman, D., Videbech, P., Hedegaard, M., Dalby Salvig, J. et Secher, N.J. (2000). "Postpartum depression: identification of women at risk", *British Journal of Obstetrical Gynaecology*, 107 : p.1210-1217.
- Organisation mondiale de la santé. (1993) *CIM-10 Classification internationale des maladies 10^e révision. Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions, cliniques et descriptives pour le diagnostic*, Genève : OMS, Paris : Masson, 305p.
- Pitt, B. (1968) "'Atypical' Depression After Childbirth", *British Journal of Psychiatry*, 114, p.1325-1335.
- Plante, N., Tremblay, M-È. et Courtemanche, R. (2004), *Pondération des données du volet 2003 : poids longitudinaux et transversaux*, Institut de la statistique du Québec, Québec, 18p.

- Radloff, L.S. (1977), "The CES-D Scale : A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population", *Applied Psychological Measurement*, vol. 1, no. 3, p.385-401.
- Reading, R. et Reynolds, S. (2001) "Debt, social disadvantage and maternal depression", *Social Science and Medicine*, 53, p.441-453.
- Romito, P. (1990) *La naissance du premier enfant*, Paris : Delachaux et Niestle.
- Romito, P., Saurel-Cubizolles, M-J. et Lelong, N. (1999) "What makes mothers unhappy: psychological distress one year after childbirth in Italy and France", *Social Science & Medicine*, 49, p.1651-1661.
- Sanderson, C.A. (2004). *Health Psychology*, États-Unis : John Wiley & Sons, Inc., 698 p.
- Saurel-Cubizolles, M-J., Romito, P., Ancel, P-Y, et Lelong, N. (2000) "Unemployment and psychological distress one year after childbirth in France", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, p.185-191.
- Séguin, L., Potvin, L., St-Denis, M. et Loisel, J., (1999) "Socio-Environmental Factors and Postnatal Depressive Symptomatology : A longitudinal Study", *Women & Health*, 29 :1, p. 66.
- Sommerfeld, D. (1989). "The origins of mother blaming: historical perspectives on childhood and motherhood". *Infant Mental Health Journal*, 10, 1, p. 461-471
- Stewart, D. W. (1993), *Secondary Research : Information Sources and Methods*, 2^e édition, Newbury Park, Sage, 133p.
- Stoppard, J.M. (2000). *Understanding Depression : Feminist social constructionist approaches*, Londres et New York : Routledge, p.239
- Stoppard, J.M. et Gammell, D.J. (2003) "Depressed Women's Treatment Experiences : Exploring Themes of Medicalization and Empowerment" dans Stoppard, J.M. et McMullen, L.M. (ed.), *Situating Sadness : Women and Depression in Social Context*, New York et Londres : New York University Press, p.228
- Stoppard, J.M et L.M. McMullen. (2003). *Situating Sadness: Women and Depression in Social Context*, New York et London : New York University Press, 228 p.

- Stuchbery, M., Matthey, S. et Barnett, B. (1998) "Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 13, p.483-490.
- Thibault, J., M. Jetté et H. Desrosiers (2001). « Aspects conceptuels et opérationnels, section I – Conception de la phase I de l'ÉLDEQ, instruments et déroulement » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, no 12, 63 p.
- Turgeon, J. et Bernatchez, J. (2009), *Les données secondaires*, dans « Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données » 5^e édition sous la direction de Gauthier, B., Les presses de l'Université du Québec, Québec, p.489-528.
- Vernant, J-P. (1985). *La mort dans les yeux*, France: Hachette, p.22.
- Weissman, M.M., Bland, R., Canino, G.J., et al. (1996). "Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder", *Journal of the American Medical Association*, 276, p.293-299.
- World Health Organization. (2000). *Women's mental health : An evidence-based review*, Genève : World Health Organization.